

**Questionnaire d'assurance
INDIVIDUELLE ACCIDENT**

(servant de base à l'établissement d'un éventuel contrat)

PROPOSANT/DEMANDEUR

Adresse

Code Postal Ville

Tel Fax Email

Forme juridique Nom propre EURL SARL SA Autres

Nom et Prénom du représentant de la société

PERSONNE A ASSURER

Nom / Prénom

Adresse

Code Postal Ville

Date de naissance Taille Poids Tension artérielle

Activité professionnelle

Employeur (Nom /Adresse)

Fonction dans l'entreprise

Description de son activité professionnelle

Cette fonction nécessite-t-elle des travaux manuels? oui non

Si oui, précisez leur nature et leur fréquence

Cette activité nécessite-t-elle des déplacements? oui non Si oui, précisez ci-dessous:

- leur nature et leur durée moyenne

- leur destination Régionale Nationale Internationale

Si Internationale, précisez ci-dessous le pourcentage par continent

Europe % Amérique % Afrique % Asie % Océanie %

- les moyens de transport utilisés

Moto > 125cm³ Auto Train Avion Autre (à préciser)

Si Auto, pour plus de 20 000 km/an? oui non

Si Avion, peut il s'agir d'avions privés? oui non

Activités extra- professionnelles

Sports et loisirs pratiqués régulièrement

Si participation à des compétitions sportives, précisez

Utilisation d'un véhicule à 2 roues? oui non Si oui, cylindrée cm³

Antécédents d'assurance

La personne à assurer est elle couverte, par ailleurs, par un contrat de même nature? oui non

La personne a -t- elle déjà fait l'objet d'un refus, d'une restriction ou d'une surprime? oui non

Questionnaire médical

Chaque question posée nécessite une réponse par OUI ou NON.

POUR CHAQUE REPONSE POSITIVE, fournir les explications détaillées en bas de page (cause, nature, date, durée, traitement, etc.)

La liste des exemples donnés entre parenthèse n'est pas exhaustive.

Etes-vous atteint ou avez-vous déjà suivi un traitement médical pour une affection :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 01) du cœur, du sang ou de l'appareil circulatoire (<i>tension artérielle, infarctus, anémie, phlébites</i>) ? | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| 02) de l'appareil respiratoire (<i>bronchites, asthme, pleurésie</i>) ? | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| 03) de l'appareil urinaire (<i>reins, vessie, prostate, albumine</i>) ? | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| 04) du cerveau ou du système nerveux (<i>épilepsie, paralysie, congestion cérébrale</i>) ? | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| 05) de nature psychiatrique, neuropsychiatrique ou psychologique (<i>dépression nerveuse, trouble du comportement</i>) ? | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| 06) des os, des articulations (<i>colonne vertébrale, sciatique, arthrite</i>) ? | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| 07) de l'appareil digestif (<i>estomac, foie, vésicule biliaire, intestins</i>) ? | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| 08) des yeux ou des oreilles (<i>diminution d'acuité auditive ou visuelle</i>) ? | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| 09) tumorale, cancéreuse ? | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| 10) infectieuse ou virale (<i>autre que maladies infantiles</i>) ? | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| 11) Autres maladies mentales ou physiques, infirmités ou défauts de constitution non énumérés ci-dessus ? | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| 12) Existe-t-il des antécédents familiaux pour les questions 1 à 11 ? | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| 13) Avez-vous suivi au cours des 5 dernières années ou suivez-vous actuellement un traitement médical régulier ? | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| 14) Avez-vous subi au cours des 5 dernières années un séjour en hôpital, clinique ou maison de repos ? | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| 15) Envisagez-vous ou devez-vous à votre connaissance, être hospitalisé dans les 6 mois à venir ? | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| 16) Avez-vous été en arrêt de travail pendant plus de 21 jours consécutifs au cours de ces 5 dernières années ? | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| 17) Les examens médicaux auxquels vous vous êtes soumis au cours de ces 3 dernières années ont-ils mis en évidence des symptômes nécessitant un traitement médical ? | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| 18) Etes-vous titulaire d'une pension d'invalidité civile, militaire ou rente d'accident du travail ? | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| 19) Avez-vous déjà perçu des indemnités suite à un accident, une maladie ou une infirmité ? | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| 20) Etes-vous atteint d'un infirmité physique visible ou cachée ? | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| 21) Avez-vous été victime d'une maladie ou d'un accident ayant entraîné une invalidité permanente ? | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| 22) Suivez-vous actuellement un traitement médical suite à un accident ou une maladie ? | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |

EXPLICATIONS DETAILLEES :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

GARANTIES DEMANDEES

Quelles garanties souhaitez vous souscrire?

1 - Décès accidentel

oui non

Montant à assurer

€

Bénéficiaire

2 - Invalidité

oui non

Perte totale et irréversible d'autonomie

Invalidité permanente totale

Invalidité permanente partielle

en cas de: Accident uniquement

Accident et Maladie

en cas de: Accident uniquement

Accident et Maladie

Franchises

Franchise en cas d'accident jours

Franchise en cas de maladie jours

Rachat de franchise en cas d'hospitalisation?

oui non

3 - Incapacité temporaire totale

Montant journalier à assurer

€

Durée de l'indemnisation

jours

en cas de: Accident uniquement

Accident et Maladie

Franchise en cas d'accident jours

Franchise en cas de maladie jours

Rachat de franchise en cas d'hospitalisation?

oui non

4 - Incapacité temporaire totale limitée à l'hospitalisation

Montant journalier à assurer

€

en cas de: Accident uniquement

Accident et Maladie

5 - Frais médicaux Accident

Montant à assurer

€

6 - Frais de rapatriement

Montant à assurer

€

en cas de: Accident uniquement

Accident et Maladie

7 - Perte de profession

Montant à assurer

€

en cas de: Accident uniquement

Accident et Maladie

Observations éventuelles

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nous vous invitons à prendre connaissance des articles suivants extraits du Code des Assurances :**Article L113-2 :**

L'Assuré s'engage à déclarer les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence, soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et rendent de ce fait inexactes ou caduques les réponses faites à l'Assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque (questionnaire).

Article L113-8 :

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le sinistre. Les primes payées demeurent acquises à l'Assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

Article L113-9 :

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'Assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'Assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'Assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Je soussigné,, agissant en qualité de certifie que toutes les déclarations ou réponses faites au présent questionnaire, pour servir de base à un éventuel contrat, qu'elles aient été écrites par moi ou par un tiers, sont sincères et, à ma connaissance, véritables.

Fait à, le

(signature et cachet)