

# Questionnaire-Proposition

## INDIVIDUELLE ACCIDENTS

Le questionnaire devant faire partie intégrante du contrat, il est nécessaire que le Proposant le signe après avoir répondu à toutes les questions posées.

### 1 - Souscripteur

Nom et Prénom ou Raison Sociale : .....

Adresse: .....

### 2 - Assuré

Nom et Prénom : .....

Adresse : .....

Date de naissance : .....

### 3 - Profession

.....  
.....

### 4 - Aggravations du risque

1) La personne à assurer se rend-elle :

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| - sur des toitures ou échafaudages ?                          | OUI | NON |
| - dans des bâtiments en cours de démolition ou construction ? | OUI | NON |
| - dans des carrières ou des mines ?                           | OUI | NON |
| - sur des plates-formes pétrolières en mer ?                  | OUI | NON |

2) Est-elle exposée à des risques professionnels spéciaux comportant notamment :

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| - l'usage de machines ou matériels lourds ou dangereux ? | OUI | NON |
| - l'emploi d'explosifs ou de gaz ?                       | OUI | NON |
| - des déplacements fréquents ?                           | OUI | NON |

3) Quels sports pratique-t-elle ? .....

4) Utilise-t-elle des véhicules "Deux roues" à moteur, d'une cylindrée supérieure à 125 cm<sup>3</sup> ? OUI NON

(Si OUI préciser la cylindrée) : .....



5. Avez-vous été hospitalisé(e) ? OUI NON

Si OUI, durées et causes des différentes hospitalisations : .....

6. Etes-vous en arrêt de travail, même partiel, pour raison de santé ? OUI NON

Si OUI, depuis quand et pourquoi ? .....

7. Dans les trois dernières années avez-vous dû interrompre votre activité professionnelle pendant plus de trois semaines pour raison de santé ? OUI NON

Si OUI, pourquoi ? .....

8. Souffrez-vous d'une infirmité ou d'une maladie chronique ? OUI NON

Si OUI, précisez : .....

9. Avez-vous été réformé pour raison de santé ? OUI NON

Si OUI, laquelle ? .....

10. Etes-vous titulaire d'une pension pour invalidité ou accidents ? OUI NON

Depuis quand, Taux et motifs : .....

11. Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité à l'un des virus de l'immuno déficience humaine ? OUI NON

Si OUI, date et résultat du test : .....

## 7 - Renseignements relatifs à la Souscription

1) La personne à assurer a-t-elle été titulaire d'une police INDIVIDUELLE ACCIDENTS CORPORELS au cours des 24 derniers mois ? OUI NON

Si OUI, auprès de quelle compagnie ? .....

2) A-t-elle fait l'objet d'une résiliation ? OUI NON

Si OUI, à quelle date et pour quel motif ? .....

3) A-t-elle présenté au cours des 24 derniers mois une proposition auprès d'une autre Compagnie ? OUI NON

Si OUI, auprès de quelle compagnie ? .....

Quelles sont les dates et motifs de refus ? .....

## 8 - Renseignements complémentaires

- BENEFICIAIRE DU CAPITAL EN CAS DE DECES : .....
- DATE D'EFFET SOUHAITEE ..... ECHEANCE CHOISIE : .....  
(si différente de la date d'effet)
- DUREE DE L'ASSURANCE ..... (en cas de garantie Temporaire) : .....

## 9 - Capitaux à garantir

- DECES ACCIDENTEL ..... Euros
  - INFIRMITÉ PERMANENTE SUITE A ACCIDENT ..... Euros
  - INCAPACITÉ TEMPORAIRE..... Euros
- Franchise optionnelle :  
relative : % .....  
absolue : % .....
- par jour (pendant UN AN maximum)  
sous déduction d'une franchise de ..... jours

LE SOUSSIGNE CERTIFIE QUE TOUTES LES DECLARATIONS OU REPONSES CI - DESSUS SONT, A SA CONNAISSANCE, EXACTES ET FAITES DE BONNE FOI ET QU'IL N'A DISSIMULE AUCUN RENSEIGNE MENT DE NATURE A MODIFIER L'APPRECIATION DU RISQUE, SOUS PEINE DE L'APPLICATION DES SANCTIONS PREVUES AUX ARTICLES L 113-8 ET L 113-9 DU CODE DES ASSURANCES.

Date : .....

Signature du Souscripteur

Cachet et Signature du courtier