

Questionnaire d'Assurance Individuelle Accident pour Sportifs Professionnels

La réponse à chaque question doit être aussi complète et précise que possible. Les réponses peuvent être données soit par la personne à éventuellement assurer soit pour son compte par le proposant. Toutes les questions doivent être complétées par écrit.

SECTION 1: PERSONNE A EVENTUELLEMENT ASSURER

1. Nom complet

2. Adresse

3. Date de naissance 4. Taille 5. Poids

6. Nom de l'équipe 7. Position 8. Sport 9. Ligue

10. A/ Quel est votre revenu estimé sur les prochains 12 mois ?

Prière de compléter la ventilation suivante:-

(1) Salaire de base

(2) Vos bonus minimum acquis

10. B/ Etes-vous actuellement assuré contre l'accident et/ou accident et maladie ?

Si "OUI" prière de signaler tous les détails précis concernant les couvertures et les montants des garanties.

OUI / NON

SECTION 2: PRECISIONS PERSONNELLES MEDICALES

1. Pourriez-vous confirmer que vous n'êtes actuellement ni blessé, ni souffrant de maladie ou malaise et que vous jouez pour votre équipe?

Si "NON" merci de vouloir préciser s'il vous plaît.

OUI / NON

2. Depuis les 2 dernières années avez-vous manqué de jouer plus de 5 matchs de compétition consécutivement à une blessure, une maladie ou un malaise ?

Si "OUI" merci de vouloir préciser s'il vous plaît.

OUI / NON

| DATE(S) | BLESSURE/MALADIE | NOMBRE DE MATCHS MANQUES |
|----------------------|----------------------|--------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

3. Depuis les 2 dernières années avez-vous suivi un traitement médical anti-inflammatoire ou traitement médical pour réduire une douleur excédant une période de 3 SEMAINES ? OUI / NON

Si "OUI", merci de vouloir préciser s'il vous plaît.

| DATE(S) | PERIODE | RAISON |
|---------|---------|--------|
| | | |
| | | |
| | | |

4. Avez-vous été avisé ou est-ce que vous avez raison de croire que vous pourriez potentiellement avoir de besoin traitement médical ou d'être le sujet d'une intervention chirurgicale dans le futur ? OUI / NON

Si "OUI" merci de vouloir préciser s'il vous plaît.

5. Avez-vous jamais éprouvé des symptômes ou reçu un traitement concernant une des maladies suivantes:

- | | | | |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| (a) Coeur, Poitrine, Système Circulatoire et Système Respiratoire ? | OUI / NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | (b) Tension ou Diabète ? | OUI / NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| (d) Rhumatisme ou Arthrite ? | OUI / NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | (c) Système Nerveux ou crise convulsive ? | OUI / NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| (e) Hernie ? | OUI / NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | (f) Vertiges ou Evanouissements ? | OUI / NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Si "OUI" merci de vouloir préciser s'il vous plaît en incluant les date(s) et traitement(s).

6. Avez-vous été blessé ou avez-vous souffert de douleur ou de malaise ou avez-vous reçu un traitement médical à une des parties suivantes du corps:

- | | | | |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| (a) Cuisse gauche (y compris ischio-jambiers) ? | OUI / NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | (b) Cuisse droite (y compris ischio-jambiers)? | OUI / NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| (c) Genou gauche ? | OUI / NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | (d) Genou droit ? | OUI / NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| (e) La jambe gauche (y compris cheville et tendon d'Achille)? | OUI / NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | (f) La jambe droite (y compris cheville et tendon d'Achille)? | OUI / NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

6. Avez-vous déjà été blessé ou a souffert de douleurs ou de malaises, ou un traitement médical ou une intervention chirurgicale pour un des titres suivants:

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| (g) Pied gauche (y compris les doigts de pied)? | OUI / NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | (h) Pied droit (y compris les doigts de pieds)? | OUI / NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| (i) Colonne vertébrale ? | OUI / NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | (j) Cou (colonne cervicale) ? | OUI / NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| (k) Main gauche ou droite (y compris poignets, doigts et pouces)? | OUI / NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | (l) Epaule gauche ou droite ? | OUI / NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| (m) Bassin, hanches (y compris la région inguinale - spécifier quel côté)? | OUI / NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | (n) Bras gauche ou droite (y compris coude) ? | OUI / NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Si vous avez coché "OUI" à une ou plusieurs des questions ci-dessus merci de vouloir préciser les détails y compris les dates. Si vous avez été handicapé précisez combien de temps et les éventuelles opérations chirurgicales."

7. Avez-vous subi d'autres opérations ou avez-vous souffert d'autres accidents ou maladies ?

Si "OUI" merci de vouloir préciser s'il vous plaît

OUI / NON

8. Etes-vous atteint ou avez-vous été atteint de n'importe quel autre problème médical non-mentionné dans ce Questionnaire de Proposition ?

Si "OUI" merci de vouloir préciser'il vous plaît

OUI / NON

9. PRIERE DE STIPULER LA DATE D'EFFET EVENTUELLE QUE VOUS SOUHAITEZ POUR LA MISE EN VIGUEUR DE LA GARANTIE

DÉCLARATION DU PROPOSANT

En signant ce document, vous n'êtes pas dans l'obligation de contracter l'assurance (Art. L112-2 du Code des Assurances) mais si une police définitive est établie, les renseignements indiqués dans la présente soumission serviront de base à l'établissement du contrat et seront considérés comme en faisant partie intégrante.

Je soussigné, certifie que toutes les déclarations ou réponses faites au présent questionnaire pourraient servir de base au contrat à venir, qu'elles aient été écrites par moi ou par un tiers qu'elles, sont sincères et à ma connaissance vraies.

Je déclare ne pas ignorer que les Articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances sont applicables dans l'appréciation du risque, si l'assureur a été induit en erreur par suite de réticences ou de fausses déclarations de ma part.

Le proposant prend note que toute cotation éventuelle donnée par les souscripteurs potentiels le sera sous réserve de l'acceptation d'un commun accord écrit entre les deux parties (proposant et assureurs éventuels) avant la mise en vigueur de la garantie.

Signature du proposant:

Fait à

le

« Lu et approuvé par l'intermédiaire français » Signature de
l'intermédiaire français :

Fait à

le

Informatique et Liberté : en application de la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, l'assuré dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès des assureurs pour toute information le concernant contenue dans les fichiers à leur usage.

SECTION 3: RAPPORT DU MÉDECIN LÉGISTE

Toutes les sections doivent être complétées par le médecin examinant la personne qui souhaite souscrire une éventuelle assurance.

Merci de répondre aux questions suivantes et de signaler les détails et dates pertinents. Le proposant pour cette assurance a-t-il souffert de malaise, blessure ou a-t-il eu besoin de recevoir un ou plusieurs traitement(s) en ce qui concerne l'une des parties du corps suivantes:

| 1. | OUI | NON | COMMENTAIRES |
|---------------------------------------------------|-----|-----|--------------|
| Tête (choc ou inconscience) | | | |
| Cou (colonne cervical) | | | |
| Epaules | | | |
| Thorax (y compris côtes) | | | |
| Dos ou colonne vertébrale (y compris sacrum) | | | |
| Hanches/bassin (y compris régions inguinale) | | | |
| Abdomen (y compris estomac) | | | |
| Bras (y compris coudes) | | | |
| Mains (y compris poignets, doigts et pouces) | | | |
| Cuisses (y compris ischio-jambiers) | | | |
| Genoux | | | |
| Jambes (y compris chevilles et tendons d'Achille) | | | |
| Pieds (y compris orteils) | | | |

2. a) Poids b) Taille
 c) Tension artérielle d) Pouls

| 3. Prière de vérifier les points suivants: | NORMAL | ANORMAL | COMMENTAIRES |
|--------------------------------------------|--------|---------|--------------|
| Tête, Yeux, Oreilles, Nez, Gorge | | | |
| Peau | | | |
| Poumons | | | |
| Coeur | | | |
| Electrocardiogramme | | | |
| Abdomen | | | |
| Organes Génitaux | | | |

4. Après avoir terminé l'examen physique, quel est votre point de vue en ce qui concerne la capacité de poursuivre la carrière de la personne à éventuellement assurer ?

Je certifie que j'ai effectué cet examen sur la personne dénommée (nom du Sportif Professionnel):

Date

Nom du médecin qui a effectué l'examen
en majuscules s'il vous plaît)

Signature du médecin qui a effectué l'examen

Adresse du médecin qui a effectué l'examen