

## QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL ACCIDENTS SPORTIFS PROFESSIONNELS / AMATEURS

Important : L'Assureur fonde ses engagements sur la bonne foi des déclarations ci-après présumées sincères et exactes de l'assuré.

Toute fausse déclaration, toute réticence de nature à atténuer l'importance du risque entraîne la nullité de l'assurance.  
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 – ASSURE SI SOUSCRIPTEUR DIFFERENT DE L'ASSURE

Nom et Prénom : .....

Adresse : .....

Date de naissance et Nationalité : .....

### 3 – PROFESSION

.....  
.....

### 4 – AGGRAVATION DU RISQUE

1) La personne à assurer a-t-elle séjourné ou résidé à l'étranger dans le cadre de ses activités professionnelles (sauf Europe et Amérique du Nord) ou envisage t'elle de le faire au cours des 12 prochains mois ? :

Où ?..... Quand ?.....

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

3) Utilise-t-elle des véhicules "Deux roues" à moteur,  
d'une cylindrée supérieure à 125 cm3 ? OUI  NON

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

4) Utilise-t-elle en tant que passagère (pilotage exclu) :

- avions privés ? OUI  NON

- hélicoptères privés ? OUI  NON

- autre moyen de transport aérien privé ? OUI  NON

## 5 - ETAT DE SANTE DE LA PERSONNE A ASSURER A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

1) La personne à assurer a-t-elle été **antérieurement** ? :

- victime d'un accident ?

OUI

NON

Si OUI, donner les détails sur les causes, circonstances et séquelles :

.....  
.....

2) La personne à assurer est-elle **actuellement** atteinte d'une incapacité permanente consécutive à un accident ou à une maladie ? :

OUI

NON

Si OUI, donner les détails sur les causes, circonstances, conséquences et % d'incapacité.

.....  
.....

## 6 – QUESTIONNAIRE MEDICAL (STRICTEMENT CONFIDENTIEL)

( A ne remplir qu'en cas de demande de garantie Incapacité Temporaire suite à maladie )

1. Quels sont : votre taille : ..... m votre poids ..... kg

Avez-vous maigri ou grossi de plus de 5 kg au cours des 24 derniers mois ?

OUI

NON

Si OUI, de combien .....

2 a Etes-vous atteint d'une maladie évoluant depuis plusieurs années ou évoluant par poussée ?

OUI

NON

Si OUI, laquelle ? .....

2 b Avez-vous eu une infection conséquence d'une immuno déficience acquise ?

OUI

NON

3. Avez-vous suivi pendant plus de 3 semaines ou suivez-vous actuellement un traitement médical ?

OUI

NON

Si OUI, quand, depuis quand, pourquoi ?

4. Avez-vous subi ou devez-vous subir une intervention chirurgicale autre que amygdales, appendicite, végétations ?

OUI

NON

Si OUI, laquelle ?

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 A 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 COMPLEMENTAIRES

- 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 A GARANTIR

- DECES ACCIDENTEL .....Euros
- INFIRMITE PERMANENTE SUITE A ACCIDENT .....Euros
- INCAPACITE 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 RENSEIGNEMENT 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