**FORMULAIRE DE DECLARATION DU RISQUE**

**ASSURANCE INDIVIDUELLE CONTRE LES ACCIDENTS CORPORELS**

**Le présent formulaire doit être soigneusement rempli et signé par l’assuré. Il est établi en vertu de l’article 7 alinéa 2 du code des assurances. Les déclarations qui y sont consignées serviront de base à l’établissement du contrat.**

|  |  |
| --- | --- |
| **I. L’ASSURE** |  |
|  |  |
| I.1. Souscripteur : |       |
| I.2. Adresse : |       |
| I.3. Assuré : |       |
| I.4. Profession  |       |
| I.5. Date de naissance  |       |
|  |  |
| **II. QUESTIONNAIRE DE SANTE** |
|  |  |
| II.1. Etes-vous appelé à effectuer des travaux manuels ? | [ ]  oui ; [ ]  non |
|  Si oui, préciser, les outillages utilisés  |       |
| II.2. Etes-vous appelé à effectuer des déplacements professionnels ? | [ ]  oui ; [ ]  non |
|  Si oui, [ ]  fréquents ; [ ]  peu fréquents |  |
| II.3. Pratiquez-vous un sport en tant que professionnel ? | [ ]  oui ; [ ]  non |
| II.4. Êtes-vous appelé à exercer une activité dangereuse ? | [ ]  oui ; [ ]  non |
|  Si oui, préciser nature de l’activité  |       |
| II.5. Êtes-vous appelé à manipuler des produits dangereux ? | [ ]  oui ; [ ]  non |
|  Si oui, lesquels ?  |       |
|  |  |
| **III. DECLARATIONS DE L’ASSURE**  |
|  |
| Le soussigné déclare qu’il : - n’exerce aucune autre profession que celle indiquée ci avant ;  - n’est atteint d’aucune infirmité permanente ou maladie grave ou chronique ; - s’engage à déclarer les circonstances nouvelles intervenues en cours de contrat et rendant inexactes les déclarations figurant au présent formulaire. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Fait à  |       | , le  |       |

 Signature