

QUESTIONNAIRE D'ASSURANCE INDIVIDUELLE ACCIDENT

RENSEIGNEMENTS SUR LE SOUSCRIPTEUR (si différent de l'Assuré)

M. Mme Mlle ⁽¹⁾ Nom : Prénom :

Adresse

Code postal : Ville

RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURE

M. Mme Mlle ⁽¹⁾ Nom : Prénom :

Situation de famille Marié Divorcé Veuf Célibataire ⁽¹⁾ Nombre d'enfants à charge :

Adresse

Code postal : Ville

Téléphone : .. Mobile : E-mail : @

Activité professionnelle précise : Date de naissance :

Moyens de transport utilisés :

Fréquence des déplacements :

Activités manuelles (vie privée / vie professionnelle) :

Sports pratiqués (amateur ou à titre professionnel et/ou rémunéré) :

Pratique particulière de sport :

Activités à risque :

Moto, scooter (plus de 125 cm³) : OUI NON ⁽¹⁾ (si oui détails :))

GARANTIES SOUHAITEES

Date d'effet :

Couverture 24h/24h (comprend Vie Professionnelle + Vie Privée) OUI NON ⁽¹⁾ **OU** Couverture Vie professionnelle OUI NON ⁽¹⁾

Durée de garantie Annuelle Temporaire ⁽¹⁾

Garanties

Prestations

Décès accidentel :€

ET / OU

Invalidité permanente accidentelle :€

Indemnité journalière suite à accident :€ / jour

Franchise :
 7 jours 15 jours 30 jours 60 jours 90 jours

Indemnité journalière suite à accident et maladie :€ / jour

Franchise Accident :
 7 jours 30 jours 60 jours 90 jours
 Franchise Maladie :
 15 jours 30 jours 60 jours 90 jours

Clause bénéficiaire en cas de décès⁽²⁾ :

⁽¹⁾ Cochez la case utile.
⁽²⁾ En cas de non désignation de bénéficiaire, le capital est versé au conjoint non séparé de corps, et à défaut aux ayants droits légaux de l'assuré.

Je soussigné, certifie l'exactitude des indications portées ci-dessus, et avoir bien noté que toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou inexactitude dans mes déclarations entraîne l'application des sanctions prévues par les articles L 113-8 et L 113-9 du Code des assurances ; déclare avoir pris connaissance des dispositions générales du contrat ; déclare avoir été informé qu'en application de la Loi n° 2004-801 du 6 août 2004, je dispose d'un droit d'accès aux informations, en vue de confirmer, modifier, rectifier ou supprimer les données, figurant sur un fichier, qui me concernent, en m'adressant à la CAMEIC.

Fait à.....le.....
 Signature

IMPORTANT !

Les garanties décès et/ou invalidité peuvent être souscrites séparément.

La garantie incapacité temporaire ne peut être souscrite qu'associée au moins de la garantie décès.