

ASSURANCE GROUPE FORMULAIRE DE DECLARATION DU RISQUE

1- Identification du souscripteur :

- Raison sociale :
- N° RNE :
- Adresse :
- Secteur professionnel auquel appartient la société :

2- Etat des salaires du personnel à assurer

Nom et prénom	Sexe	Date de naissance	Situation familiale	Nbre d'enfants à charge	Salaires bruts annuels

ANTECEDENT DU RISQUE

Le souscripteur a-t-il déjà été assuré pour le même risque ?

OUI

NON

Si oui, auprès de quelle

GARANTIES DEMANDEES

Maladie

Capital Décès

Incapacité temporaire de travail

Franchise souhaitée pour l'incapacité temporaire : 15 jrs 30 jrs

Invalidité Permanente Partielle ou Totale

Le souscripteur soussigné certifie que les réponses faites au présent formulaire de déclaration de Risque sont exactes et qu'il a répondu loyalement et avec précision aux questions posées et s'engage à déclarer les circonstances nouvelles intervenues en cours de contrat et rendant inexacts les déclarations figurant au présent formulaire

En conséquence, le présent formulaire doit en cas d'acceptation, être considéré comme base d'établissement du contrat. (ART 7 –Alinéa 2 du Code des Assurances)

La signature du présent questionnaire n'engage ni le proposant ni le souscripteur à souscrire cette assurance.

FAIT A

Le

SIGNATURE DU SOUSCRIPTEUR