

FORMULAIRE DE DECLARATION DE RISQUE ASSURANCE COLLECTIVE CONTRE LES ACCIDENTS

IDENTITE DU SOUSCRIPTEUR

- Souscripteur :
- Adresse :
- Numéro du RNE :
- Activité :

INFORMATIONS GENERALES

Joindre la liste du personnel à assurer

SOMMES ASSUREES

- En cas de décès accidentel de l'Assuré, paiement d'un capital deDT
- En cas d'incapacité permanente totale ou partielle suite à un accident, paiement d'une indemnité calculée en fonction du capital fixé à :DT
- En cas d'incapacité temporaire suite à un accident, versement par jour d'une indemnité de DT
- Remboursement des frais de traitement médicaux à concurrence de :DT

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