

## GARDIEN – VIGILE – AGENT DE SURVEILLANCE

Nom/Prénom	Né(e) le
Profession déclarée :	
Ancienneté dans la profession	– Employeur (éventuellement)

<b>● GARDIEN</b>	NON	OUI	Commentaires éventuels
▪ Précisez votre activité			
• Gardien de prison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Gardien d'animaux non domestiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Gardien d'animaux domestiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Gardien de musée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Gardien de phare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Gardien de parcs, jardins publics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Gardien de propriétés privées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Surveillance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Emploi fixe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Agent non armé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Agent armé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Emploi itinérant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• bar, concert, discothèque ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• lieux avec risque politique, (ambassade, consulat, ministère...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Autre, précisez			
<b>● VIGILE / AGENT DE SURVEILLANCE</b>	<b>NON</b>	<b>OUI</b>	<b>Commentaires éventuels</b>
▪ Emploi fixe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Agent non armé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Agent armé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Emploi itinérant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• bar, concert, discothèque ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• lieux avec risque politique, (ambassade, consulat, ministère...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Autre, précisez			

● **Si vous le souhaitez,**

- Merci de préciser quelles sont vos fonctions exactes et les conditions d'exercice de votre profession

● **Accidents survenus lors de la pratique de votre activité professionnelle**

- Dates et circonstances :

- Nature et localisation des lésions :

- Hospitalisation(s) éventuelle(s) avec ou sans intervention(s) chirurgicale(s) :

- Traitement(s) suivi(s) et durée :

- Séquelles :

Ce questionnaire est rempli impérativement par la personne à assurer ; toutes les réponses aux questions sont obligatoires. Les conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration sont celles prévues par le Code des Assurances (Art. L113-8 : nullité du contrat et Art. L113-9 : réduction des indemnités).

Il reste bien entendu que si, par la suite, vous pratiquez les activités précitées dans d'autres conditions que celles précisées ci-dessus, la garantie ne sera accordée que si vous avez reçu de votre assureur les nouvelles conditions de couverture.

J'autorise votre société à communiquer ces informations à ses mandataires, réassureurs et organismes professionnels habilités ; je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès de la Direction de la Communication de votre Société (loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés).

Fait à .....  
le .....

Signature de la personne à assurer  
(précédée de la mention « lu et approuvé »)