

Civilité/Nom/Prénom

Né(e) le

Activité sportive déclarée :

• **Vous pratiquez**

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aikido, Aikibudo, Aikijitsu | <input type="radio"/> Sans compétition | <input type="radio"/> Avec compétition |
| <input type="checkbox"/> Aiki-taiso, Aiki-undo | <input type="radio"/> Sans compétition | <input type="radio"/> Avec compétition |
| <input type="checkbox"/> Boxe thaïlandaise | <input type="radio"/> Sans compétition | <input type="radio"/> Avec compétition |
| <input type="checkbox"/> Jiu-jitsu | <input type="radio"/> Sans compétition | <input type="radio"/> Avec compétition |
| <input type="checkbox"/> Judo | <input type="radio"/> Sans compétition | <input type="radio"/> Avec compétition |
| <input type="checkbox"/> Kendo | <input type="radio"/> Sans compétition | <input type="radio"/> Avec compétition |
| <input type="checkbox"/> Karaté, Taekwondo | <input type="radio"/> Sans compétition | <input type="radio"/> Avec compétition |
| <input type="checkbox"/> Kung Fu (ou boxe chinoise) | <input type="radio"/> Sans compétition | <input type="radio"/> Avec compétition |
| <input type="checkbox"/> Kyudo | <input type="radio"/> Sans compétition | <input type="radio"/> Avec compétition |
| <input type="checkbox"/> Tai-chi-chuan | <input type="radio"/> Sans compétition | <input type="radio"/> Avec compétition |

• **Si vous le souhaitez, apportez-nous des précisions sur les conditions d'exercice de cette activité**

• **Accidents survenus lors de la pratique de cette activité**

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

Signature de la personne à assurer

le

(précédée de la mention « lu et approuvé »)

Mentions légales

SSN, S.A.S de courtage en assurances au capital social de 100 000 € - Siège social : 118, rue Roger Mathurin - CS 60021 -13395 Marseille Cedex 10 – 434 165 551 RCS Marseille – Immatriculée à l'ORIAS sous le numéro 07 002 208 (www.orias.fr) – Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes aux articles L 512-6 et L 512-7 du Code des assurances – sous le contrôle de l'ACPR, - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 (www.acpr.banque-france.fr) – Tél. 04.88.676.676 – SSN exerce son activité en application des dispositions de l'article L 521-2 II b du Code des assurances. Réclamations : SSN/Service Réclamations, 118 rue Roger Mathurin - CS 60021 - 13395 Marseille Cedex 10 – Médiation (uniquement après échec de la réclamation) : La Médiation de l'Assurance, Pole CSCA, TSA 50110 75441 Paris Cedex 09 ou le.mediateur@mediation-assurance.org