

Nom/Prénom

Né(e) le

Profession déclarée :

Ancienneté dans la profession

Employeur

● **Profession exacte**

Ardoisier couvreur

Carreleur

Conducteur d'engins

Construction chaussées

Travail sur bâtiments ≤ 20 m

Travail sur bâtiments > 20 m

Montage d'échafaudage

Ouvrages souterrains

Ouvrages en montagne

Démolition avec explosifs

Démolition sans explosifs

Electricien (échafaudage et pylônes haute tension)

Electricien sur pylônes haute tension

Entretien

Forage

Grutier

Maçon

Marbrier

Monteur charpentes métalliques

Ouvrier étanchéité/isolation

Peintre hauteur > 20 m

Plâtrier/Cimentier

Plombier/Zingueur/Couvreur

Marbrier

● **Activité exacte**

Lisseur/Tailleur de pierre

Soudeur

Soudeur (échafaudage, citernes, cuves...)

Travaux maritimes

Terrassement

Tuilier, briqueteur

Zingueur/Galvanisateur/Plombier

● **Si vous avez répondu « non » à toutes les questions ou si vous le désirez**

\* précisez quelles sont vos fonctions exactes et les conditions d'exercice de votre profession

● **Accidents survenus lors de l'exercice de votre profession**

- 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 »)

**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](http://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](http://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](mailto:le.mediateur@mediation-assurance.org)