

Nom/Prénom	Né(e) le
Profession déclarée :	Ancienneté
<input type="radio"/> <b>Chauffeur poids lourd</b>	<input type="radio"/> Régional <input type="radio"/> National <input type="radio"/> International
<b>Transports de produits</b>	<input type="radio"/> Inflammables, toxiques, corrosifs <input type="radio"/> Explosifs <input type="radio"/> Autres, précisez
<b>Emploi itinérant</b>	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
	<input type="radio"/> Bar, concerts, discothèques
	<input type="radio"/> Ambassades, consulats, ministères... (lieux avec risque politique) <input type="radio"/> Autre, précisez
<input type="radio"/> <b>Chauffeur livreur</b>	<input type="radio"/> Presse <input type="radio"/> Autre <input type="radio"/> International
<b>Moyen de transport</b>	<input type="radio"/> Automobile <input type="radio"/> Cyclomoteur, moto <input type="radio"/> Autres, précisez
<input type="radio"/> <b>Autre Chauffeur</b>	
	<input type="radio"/> De taxi <input type="radio"/> De particulier <input type="radio"/> De maitre <input type="radio"/> De direction
	<input type="radio"/> De bus, autocar, transport urbain <input type="radio"/> Autres, précisez
<input type="radio"/> <b>Si vous le désirez, apportez-nous des informations complémentaires sur l'exercice de votre profession</b>	

**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)