

Nom/Prénom

Né(e) le

Profession déclarée :

Ancienneté dans la profession

● **Profession exacte**

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Personnel administratif | <input type="radio"/> Gendarmerie Départementale |
| <input type="radio"/> Gendarmerie Mobile (maintien de l'ordre) | <input type="radio"/> Gendarmerie Maritime et fluviale (homme-grenouille exclus) |
| <input type="radio"/> Gendarmerie Armement (surveillance d'entrepôts munition et explosifs) | <input type="radio"/> Gendarmerie De l'air |
| <input type="radio"/> Gendarmerie De l'air sans activité de pilotage | <input type="radio"/> Gendarmerie De l'air pilote d'avions (hélicoptère exclus) |
| <input type="radio"/> Pilote d'hélicoptère | <input type="radio"/> De montagne, haute montagne toutes spécialités sauf pisteur artificier |
| <input type="radio"/> Brigade spécialisée (GIGN,...) | <input type="radio"/> Unité de recherche (enquêtes judiciaires) |
| <input type="radio"/> Garde républicaine | <input type="radio"/> Brigade motorisée |
| <input type="radio"/> Maître-chien (activité en montagne exclue) | <input type="radio"/> Homme grenouille |
| <input type="radio"/> Maître-nageur sauveteur | <input type="radio"/> Artificier : tous lieux sauf en montagne |
| <input type="radio"/> Artificier : pisteur artificier (montagne) | <input type="radio"/> Démineur avec déminage subaquatique |
| <input type="radio"/> Démineur avec déminage à terre | |

● **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 6janvier 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) - 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