****

**ASSURANCE GROUPE**

**FORMULAIRE DE DECLARATION DU RISQUE**

1. **Identification de l’assuré :**
* Nom et Prénom / Nom (ou raison sociale) et forme juridique :…………………………
* N° RC / CIN :…………………………………………………………………………..
* Adresse
* Secteur professionnel auquel appartient la société : ………………………………………………………………………………………..
* Date de mise en exploitation de l’entreprise:…………………………………………
1. **Informations complémentaires**

Salaires déclarés aux organismes de sécurité sociale servis au personnel ou salaires bruts prévisionnels pour l’année d’assurance :…………………………………………………………………………….

Avez-vous conclu des conventions avec des prestataires de soins tels que pharmacie, laboratoire, médecin…. ?.........................................................................................................................................

 Si oui les quels ?..................................................................................................................................

1. **Etat des salaires du personnel à assurer**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom et prénom | Sexe | Date de naissance | Situation familiale | Nbre d’enfants à charge | Salaires bruts annuels |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **Nombre de prestataires à assurer et filières CNAM**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Publique | Privée | Remboursement |
| Adhérents |  |  |  |
| Conjoints |  |  |  |
| Enfants |  |  |  |
| ………………. |  |  |  |

**ANTECEDENT DU RISQUE**

Le souscripteur a-t-il déjà été assuré pour le même risque ? OUI NON

* Si oui, auprès de quelle compagnie ?

 Y a-t-il éprouvé des sinistres durant les cinq dernières années ? OUI NON

* Si oui quelle a été l’importance ?

 **GARANTIES DEMANDEES**

 Maladie

 Incapacité temporaire de travail

 Invalidité Permanente Partielle ou Totale

 Franchise souhaitée pour l’incapacité temporaire : 15 jours 30 jours 45 jours 60 jours +60 jours

|  |
| --- |
| Le souscripteur soussigné certifie que les réponses faites au présent formulaire de déclaration de Risque sont exactes et qu’il a répondu loyalement et avec précision aux questions posées et s’engage à déclarer les circonstances nouvelles intervenues en cours de contrat et rendant inexactes les déclarations figurant au présent formulaireEn conséquence, le présent formulaire doit en cas d’acceptation, être considéré comme base d’établissement du contrat. (ART 7 –Alinéa 2 du Code des Assurances)La signature du présent questionnaire n'engage ni le proposant ni le souscripteur à souscrire cette assurance. |

**FAIT A , Le SIGNATURE DU SOUSRIPTEUR**