

FORMULAIRE DE DECLARATION DU RISQUE PERTE DE PROFESSION INSTRUMENTISTE – ARTISTE LYRIQUE LUTHIER

Date d'effet :
Échéance Annuelle :
Périodicité : Annuelle Semestrielle
Durée :

1. LE PROPOSANT (sera le preneur d'assurance si le contrat est souscrit)

Nom - Prénom :

Adresse:

2. PERSONNE A ASSURER :

Nom - Prénom :

Adresse:

Date de naissance :

Taille : **Poids :** **Tension artérielle :**

Êtes-vous droitier ou gaucher ?

Avez-vous accompli votre service militaire ?

Si non, précisez les raisons :

Avez-vous été victime d'un accident ou d'une maladie ayant entraîné une invalidité permanente ? .

Si oui, précisez la date de survenance, la nature et le taux d'invalidité :

Suivez-vous actuellement un traitement médical suite à un accident ou une maladie ?

Si oui, précisez la date de survenance, la nature de l'affection et le traitement en cours :



6. ASSURANCES MULTIPLES

- Avez-vous souscrit des garanties de même nature auprès d'autres sociétés d'assurances ?
- Si OUI, indiquez le nom de ces sociétés, le montant et la nature des garanties souscrites :

- Avez-vous fait l'objet d'un refus, d'une restriction ou d'une surprime ?

Si OUI, quand, pour quelles raisons et auprès de quelles compagnies :

Nous vous remercions du soin apporté à remplir ce formulaire et à le compléter suivant vos propres besoins.

Vous certifiez exactes les déclarations du présent formulaire de déclaration du risque qui pourront constituer la base d'un contrat d'assurance et reconnaissez avoir pris connaissance du texte des articles L. 113.8 et L.113.9 du Code des Assurances repris ci-après.

Vous vous engagez à nous déclarer tout élément susceptible de modifier notre appréciation du risque et qui surviendrait postérieurement à la remise du présent formulaire de déclaration du risque, notamment tout événement susceptible de mettre en jeu les garanties de l'éventuel contrat.

La présente garantie d'assurance ne peut, en aucun cas, être souscrite dans le cadre d'un démarchage à domicile.

Fait à

Le

Signature du proposant

Faire précéder la signature de "lu et approuvé"

Extraits du Code des Assurances

Article L. 113-8

Article L.113-9

Indépendamment des causes ordinaires de nullité et sous réserve des dispositions de l'Article L.132.26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le sinistre.

Les primes payées demeurent alors acquises à l'Assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.

Si elle est constatée avant tout sinistre, l'Assureur a le droit de maintenir le contrat, moyennant soit une augmentation de prime acceptée par l'Assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'Assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.



QUESTIONNAIRE MEDICAL PERTE DE PROFESSION INSTRUMENTISTE – ARTISTE LYRIQUE

AVEZ-VOUS CONNAISSANCE D'ETRE ATTEINT OU AVEZ-VOUS DEJA SUIVI UN TRAITEMENT MEDICAL POUR UNE AFFECTION :

A chaque question posée, il y a lieu de répondre par OUI ou NON. La liste des affections donnée entre parenthèses à chaque question n'est pas exhaustive et figure à titre d'exemple.

Pour toutes réponses "OUI", fournir impérativement ci-dessous des explications détaillées : cause, nature, date, durée, traitement, séquelles et conséquences des affections en rappelant le n° de question.

1. DU COEUR, DU SANG OU DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE (tension artérielle, infarctus, douleurs thoraciques, anémie, troubles circulatoires, varices, phlébites) ?

2. DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE (bronchites, asthme, tuberculose, pleurésie, emphysème) ?

3. DE L'APPAREIL URINAIRE (reins, vessie, prostate, calculs, albumine, sucre ou sang dans les urines)?

4. DU CERVEAU OU DU SYSTEME NERVEUX (épilepsie, vertiges, paralysie, congestion cérébrale) ?

5. DE NATURE PSYCHIATRIQUE, NEUROPSYCHIATRIQUE, OU PSYCHOLOGIQUE (dépression nerveuse, trouble du comportement ou de la personnalité) ?

6. DES OS, DES ARTICULATIONS (colonne vertébrale, lombalgie, sciatique, arthrite, rhumatismes) ?

7. DE L'APPAREIL DIGESTIF (estomac, foie, vésicule biliaire, intestins, ulcères, calculs, polypes) ?



8. DES YEUX OU DES OREILLES (diminution d'acuité auditive ou visuelle) ?

9. TUMORALE, CANCEREUSE ?

10. INFECTIEUSE OU VIRALE (autre que les maladies infantiles) ?

11. AUTRES MALADIES mentales ou physiques, INFIRMITES ou DEFATS DE CONSTITUTION **non énumérés ci-dessus ?**

12. Existe-t-il des antécédents familiaux pour les questions 1 à 11 ?

13. Avez-vous suivi au cours de ces 5 dernières années ou suivez-vous actuellement un traitement médical régulier ?

14. Avez-vous dû faire au cours de ces 5 dernières années un séjour dans un hôpital, une clinique, une maison de repos ou un sanatorium ?

15. Envisagez-vous ou devez-vous à votre connaissance, être hospitalisé dans les 6 mois à venir ?

16. Avez-vous été en "arrêt de travail", de plus de 21 jours consécutifs, suite à un accident ou une maladie au cours de ces 5 dernières années ?

17. Les examens médicaux auxquels vous vous êtes soumis au cours de ces 3 dernières années (examens de sang, radiographie, électrocardiogramme, électroencéphalogramme, scanner, IRM, Doppler) ont-ils mis en évidence des symptômes nécessitant un traitement médical ?

18. Êtes-vous titulaire d'une pension d'invalidité civile, militaire ou rente d'accident du travail ?



19. Avez-vous déjà perçu des indemnités suite à un accident, une maladie ou une infirmité ?

20. Êtes-vous atteint d'une infirmité physique visible ou cachée ?

EXPLICATIONS DÉTAILLÉES :

L'Assureur se réserve le droit de subordonner la délivrance de sa garantie aux résultats d'une visite médicale destinée à compléter ce questionnaire.

Le proposant déclare avoir été informé que toute fausse déclaration, omission ou inexactitude entraîne les sanctions prévues aux articles L.113.8 et L.113.9 du Code des Assurances.

La présente garantie d'assurance ne peut, en aucun cas, être souscrite dans le cadre d'un démarchage à domicile.

Fait à

Le

L'ASSURE

signature précédée de la mention "Lu et Approuvé"

Extraits du Code des Assurances

Article L. 113.8

Article L.113.9

Indépendamment des causes ordinaires de nullité et sous réserve des dispositions de l'Article L.132.26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le sinistre.

Le primes payées demeurent alors acquises à l'Assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.

Si elle est constatée avant tout sinistre, l'Assureur a le droit de maintenir le contrat, moyennant soit une augmentation de prime acceptée par l'Assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à



l'Assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps ou l'assurance ne court plus.
Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

13 rue Jean Moulin
69300 Caluire et Cuire
Tél. 04 72 27 00 36
Fax 04 78 23 49 59
infos@abgassurances.fr

Sarl au capital de 7 622,45 € - 401 172 564 RCS Lyon - ORIAS N° 07 000 056 - Cécile HUGON-VERLINDE

www.abgassurances.fr

