PROTECT
PROTECTING PROFESSIONALS

Assurance d'accidents individuels + revenus garantis maladie.

Partie à remplir par les assurés mentionnés nominativement (remplir 1 formulaire par assuré)

Annexe n°: …….de la proposition A24+ au nom de ……

1. Assuré

Nom : .....

Rue: ..... n°: ..... bte: .....

Code postal: ..... Commune: .....

Téléphone: .....

Fax: .....

N° d'entreprise. .....

Etat civil: .....

Date de naissance: ..... / ...../ ...../

Sexe: .....

Nationalité: .....

Adresse email: .....

2. Activités professionnelles de l'assuré

Description des activités en mission du preneur d'assurance :

.....

.....

Statut professionnel : .....

Vos activités professionneles comprennent-ils des travaux manuels ? Oui / Non

Si oui, détaillez : .....

Y-a-t'il des occupations professionelles qui sont d'une telle nature qu'ils importent un acroissement du risque, soit des activités autres que la profession du concepteur dans la construction avec contrôle sur l'exécution des travaux?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, détaillez : .....
.....

SVE140701

3. Sports

L'assuré pratique-t-il l'un des sports suivants:

☐ Ski	☐ Alpinisme	☐ Parachutisme	☐ Plongée aquatique
☐ Delta-plane	☐ Bobsleigh	☐ Skeleton	☐ Sports de combats
☐ Spéléologie	☐ Rugby	☐ Hockey sur glace	☐ Sports de défense

L'assuré pratique-t-il un(des) autre(s) sport(s) ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, le(s)quel(s)? .....

A quelle fréquence? .....

L'assuré pratique-t-il un(des) sport(s) en compétition ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, le(s)quel(s)? .....

L'assuré pratique-t-il un(des) sport(s) en tant que professionnel ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, le(s)quel(s)? .....

L'assuré fait-il usage, même en tant que passager, d'un véhicule à 2 ou 3 roues de plus de 50cc ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez la fréquence et la cylindrée: .....

L'assuré fait-il usage d'engins aériens privés ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, le(s)quel(s)? .....

L'assuré fait-il usage de canots à moteur ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, le(s)quel(s)? .....

4. Etat de santé

L'assuré s'est-il déjà retrouvé en état d'incapacité de travail suite à une maladie ou à un accident ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, nature de l'incapacité? .....

Dans quelles circonstances? .....

Durée de l'indisponibilité? .....

L'assuré suit-il un traitement médical ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel? .....

Qui est le médecin traitant? .....

L'assuré a-t-il déjà subi une hospitalisation ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, pourquoi? .....

Durée? .....

L'assuré a-t-il une déficience physique ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, laquelle? .....

Depuis quand? .....

Degré d'invalidité? .....

Existe-t-il des circonstances aggravant le risque ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquelles? .....

L'assuré est-il: ☐ Gaucher ☐ Droitier ☐ Ambidextre

5. Autres assurances

D'autres assurances accidents, assurances invalidité ou assurances-vie ont-elles été déjà souscrites auprès d'autres compagnies? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, auprès de quelle(s) compagnie(s) .....

Sous quel(s) numéro(s) de police ? .....

Pour quels montants ? .....

L'assurance a-t-elle été résiliée ou suspendue ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, par qui ? .....

Pour quelles raisons? .....

Une proposition d'assurance pour une telle couverture a-t-elle déjà fait objet d'un refus ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, pour quelles raisons ? .....

6. Loi sur la vie privée

Protect attache beaucoup d'importance à la protection de votre vie privée.
Bien que la plupart des informations demandées par Protect ne contiennent pas de données personnelles, il n'est pas exclu que nous demandions au preneur d'assurance des données personnelles.
Ces données seront utilisées uniquement dans le but de fournir les informations sollicitées et en vue de fournir un service optimal.
L'utilisateur dispose d'un droit de regard et de correction, le cas échéant, de ses données personnelles.

Vos données personnelles ne seront pas communiquées à des tiers.
Le preneur d'assurance autorise Protect à rassembler, conserver et traiter ses données personnelles et ce, uniquement dans le cadre du but pour lequel elles sont fournies.

7. Déclarations

Le preneur d'assurance déclare que les déclarations mentionnées ci-dessus correspondent à la réalité, sans aucune dissimulation ou fausse déclaration.
Veuillez joindre toute documentation pouvant être utile à l'assureur pour l'appréciation du risque (conformément à l'obligation de déclaration du risque).

Cette proposition sert de base à la tarification et fera partie intégrante de la police d'assurance.

Par la transmission de ces données à Protect, le preneur d'assurance ne s'engage pas à souscrire une police d'assurance.
Le preneur d'assurance déclare explicitement que toute information peut être transmise via un support durable tel que une clé USB ou un site web protégé en lieu et place d'un envoi papier.
A cette fin, il indique son adresse e-mail comme preuve irréfutable de l'accès à l'internet et le moyen de communication électronique. Via l'adresse e-mail communiquée, il sera mis au courant de l'adresse web et de l'endroit où il peut obtenir l'accès à l'information.
Le soussigné confirme également explicitement que toute communication peut s'opérer via l'adresse E-mail communiquée.

Complété à:
Date:

Le courtier certifie la conformité de
la signature du preneur d'assurance,

Le preneur d'assurance,

Le courtier:

Nom + signature,