ASSURANCE INDIVIDUELLE ACCIDENT

Formulaire de déclaration du risque

AVERTISSEMENT

Le présent questionnaire ne constitue pas un engagement à souscrire un contrat d'assurance et reste strictement confidentiel.
Le soussigné déclare :

- que les réponses ci-après sont à sa connaissance exactes,
- avoir été informé qu'elles constituent les éléments d'appréciation du risque nécessaires à la fixation des primes et dont l'inexactitude serait susceptible de modifier les engagements de l'assureur (cf. articles du Code des assurances ci-dessous).

Le soussigné ne peut être engagé au-delà des réponses apportées à ce questionnaire.
Les assureurs peuvent demander tous renseignements complémentaires et, dès lors, reconnaissent avoir une connaissance suffisante du risque à garantir.

Article L. 113-8 du Code des assurances
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.

Article L113-9 du Code des assurances
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 soit de maintenir le contrat, moyennant 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.

Nom et adresse du souscripteur :

Etablissement public d'aménagement du Mantois Seine Aval (EPAMSA) – 1 rue de Champagne – 78200 Mantes-la-Jolie

Le contrat doit-il être souscrit pour des organismes satellites du souscripteur ?

~~OUI /~~ NON

Si OUI, lesquels :

Indiquer ci-après les personnes pour lesquelles l'assurance est souhaitée et le nombre de personnes concernées le cas échéant.

Membres du conseil de surveillance ou directoire	**~~OUI /~~ NON**
Nombre de personnes concernées	les salariés de l'établissement et assimilés / les membres du conseil d'administration / les stagiaires et bénévoles

Elèves des activités de formation			**~~OUI /~~ NON**
IFSI	OUI / NON	Si OUI nombre d'élèves	
Institut de formation des aides-soignants	OUI / NON	Si OUI nombre d'élèves	
Ecole de sages-femmes	OUI / NON	Si OUI nombre d'élèves	
Ecole d'infirmiers anesthésistes	OUI / NON	Si OUI nombre d'élèves	
Ecole d'infirmiers de bloc opératoire	OUI / NON	Si OUI nombre d'élèves	
Ecole de puéricultrices	OUI / NON	Si OUI nombre d'élèves	
Ecole d'ambulanciers	OUI / NON	Si OUI nombre d'élèves	
Institut de formation des manipulateurs d'électroradiologie	OUI / NON	Si OUI nombre d'élèves	
Cadres de santé	OUI / NON	Si OUI nombre d'élèves	
Autres	OUI / NON	Si OUI nombre d'élèves	

Equipes SMUR / SAMU	**~~OUI /~~ NON**
Nombre de personnes concernées sur le dernier exercice en ETP	
Nombre total d'équipes	
Nombre d'équipes simultanément en service	

Indiquer ci-après la composition de chaque équipe (nombre de personnes et fonction)	
Utilisation de moyens aériens	OUI / NON
Si OUI préciser lesquels ci-après.	

Personnes en charge de prélèvements d'organes, moelle osseuse, sang ou tissus - transport de médicaments	~~**OUI /**~~ **NON**
Nombre de personnes concernées sur le dernier exercice en ETP	
Nombre total d'équipes	
Nombre d'équipes simultanément en service	
Indiquer ci-après la composition de chaque équipe (nombre de personnes et fonction)	

Personnes envoyées par l'établissement en mission humanitaire ou à des opérations de secours aux victimes de catastrophes technologiques, humanitaires ou naturelles ou en cas de crise sanitaire	~~**OUI /**~~ **NON**
Nombre de personnes concernées sur le dernier exercice en ETP	
Nombre total d'équipes	
Nombre d'équipes simultanément en service	
Indiquer ci-après la composition de chaque équipe (nombre de personnes et fonction)	

Personnes affectées à des missions en secteur pénitentiaire	~~**OUI /**~~ **NON**
Nombre de personnes concernées sur le dernier exercice en ETP	
Nombre de personnes simultanément en service	

Autres personnes	~~**OUI /**~~ **NON**
Nombre de personnes concernées	
Indiquer ci-après les fonctions exercées par ces personnes.	