

BREVET DE TECHNICIEN SUPÉRIEUR ASSURANCE

Techniques d'assurance

Sous-épreuve : assurances de personnes

Durée : 3 heures

Coefficient : 2,5

DOCUMENTS AUTORISÉS : Code civil, Code des assurances, calculatrice.

Dossier **Gillon**

Vous êtes collaborateur de la compagnie d'assurance **Assur+** et le dossier **Gillon** vous est confié.

PREMIER TRAVAIL (20 points)

Examen des garanties

1.1 Exposez les garanties souscrites par Madame Lucie **Gillon**.

1.2 En choisissant cette formule d'assurance, Madame Gillon, veuve et sans enfant, voulait transmettre hors droits de succession la totalité de son patrimoine à sa nièce, Mademoiselle Claire Gillon :

Indiquez si cette formule est adaptée à la transmission de patrimoines hors droits de succession.

1.3 Pour répondre au mieux à ses attentes, que lui auriez-vous proposé à la souscription du contrat ?

DEUXIÈME TRAVAIL (20 points)

Gestion du dossier

2.1 **Assur+** doit-elle sa garantie à la nièce de Madame **Gillon** ? Justifiez votre position en mettant en évidence les problèmes posés par la gestion de ce sinistre.

2.2 La famille de Madame **Gillon** étant une famille bien connue de **Assur+**, un geste commercial est envisagé. Le capital décès est versé à Mademoiselle Claire Gillon. Mais celle-ci est perdue dans la fiscalité de l'assurance-vie. Elle vous demande de lui calculer la part du capital versé qui sera soumise aux droits de succession.

TROISIÈME TRAVAIL (10 points)




Activité commerciale

Votre compagnie décide de lancer un nouveau contrat "Garantie des accidents de la vie" (pièce D2).

3.1 Vous êtes chargé(e) de rédiger une note à l'intention des agents pour leur présenter le produit :

Vous ferez apparaître les raisons de sa création et les principaux avantages à présenter aux assurés.

Documents joints : 3 chemises

| | |
|--|------------------|
|  Chemise " <i>SINISTRE</i> " | pièces S1 à S7, |
|  Chemise " <i>PRODUCTION</i> " | pièces P1 à P3, |
|  Chemise " <i>DOCUMENTATION</i> " | pièces D1 et D2. |

Dossier Gillon

CHEMISE : « **SINISTRE** »

| | | |
|--------------------|--|--------|
| Pièce n° S1 | • Courrier de Mle Claire Gillon du 15 juillet 2000 | 1 page |
| Pièce n° S2 | • Bulletin de décès de Mme Lucie GILLON | 1 page |
| Pièce n° S3 | • Courrier de Assur+ du 18 juillet 2000 | 1 page |
| Pièce n° S4 | • Courrier de Mle Claire Gillon du 25 juillet 2000 | 1 page |
| Pièce n° S5 | • Courrier de Assur+ du 28 juillet 2000 | 1 page |
| Pièce n° S6 | • Expertise du Dr Paul HUI du 25 septembre 2000 | 1 page |
| Pièce n° S7 | • Certificat de décès établi par le Dr Olivier LIENARD | 1 page |

Claire Gillon
2318, rue Haute
75017 PARIS

S1

Assur +
Service Prestations

Paris, le 15 juillet 2000,

Monsieur,

Par la présente, je vous informe
du décès de ma tante, Mme Gillon Lucie
(bulletin de décès joint) - Conformément au
contrat RA 105 116, je vous demande le
paiement du capital décès, étant bénéficiaire
du présent contrat -

Vous remerciant par avance de
votre efficacité, je vous prie de croire
en mes sentiments les meilleurs -

Gillon

MAIRIE de PARIS**ÉTAT CIVIL****BULLETIN DE DÉCÈS**

Le treize juillet deux mil, à douze heures et trente minutes, est décédée à Paris, Gillon Lucie, née à Paris (75) le quatorze février mil neuf cent vingt-cinq, fille de Maxime Georges Dupont et de Mireille Andrée Robinot.

Délivré sur papier libre et à titre de renseignement administratif,
Le 15 juillet 2000

Morue Patrick
Agent municipal



Assur+
Assurance-vie

Service Prestations
Affaire suivie par Corinne Fraiche

M^{lle} Claire Gillon
2318, rue Haute
75017 Paris

Réf. à rappeler
RA105116

Paris, le 18 juillet 2000

Mademoiselle,

Nous accusons réception de votre lettre du 15 juillet 2000 nous informant du décès de votre tante, Madame Gillon.

Nous tenons tout d'abord à vous exprimer notre sympathie en cette circonstance.

Nous vous assurons également de notre meilleure attention pour traiter cette situation conformément au contrat souscrit.

En premier lieu, il importe de constituer sans délai le dossier. C'est pourquoi vous voudrez bien nous adresser au plus tôt les documents suivants :

- un certificat médical rempli par le médecin traitant et indiquant clairement l'origine du décès,
- une fiche individuelle d'état civil pour vous-même.

Vous en remerciant par avance, nous vous prions de croire, Mademoiselle, à l'assurance de nos sentiments dévoués.

Service Prestations
Corinne Fraiche

Claire Gillon
2318, Rue Haute
75017 PARIS

S4

Assur +
Service Prestations
Guine Fraiche
Ref: RA 105116

Paris, le 25 juillet 2000,

Madame,

Suite à votre courrier du 18 juillet,
je vous adresse en retour la fiche d'état
civil nécessaire au paiement du capital décès.

Par contre, je ne tiens pas à
vous adresser le certificat médical de décès
de ma tante, la cause du décès ne
regardant que votre famille.

Vous remerciant de votre compréhension,
je vous prie de croire en mes sentiments
les meilleurs.

Gillon

Assur+
Assurance-vie

Service Prestations
Affaire suivie par Corinne Fraiche

M^{lle} Claire Gillon
2318, rue Haute
75017 Paris

Réf. à rappeler
RA105116

Paris, le 28 juillet 2000

Mademoiselle,

Nous accusons réception de votre lettre du 25 juillet 2000 et du document joint.

Néanmoins, nous ne pouvons pas ne pas revenir sur votre refus de nous adresser le certificat médical de décès de votre tante. En effet, la cause du décès a une incidence directe sur notre décision d'indemnisation, ce pourquoi il nous est nécessaire de la connaître.

En conséquence, nous nous permettons de réitérer notre demande. En l'absence de réponse de votre part, nous serons dans l'obligation de désigner un médecin-expert, qui procèdera pour notre compte à la recherche des informations manquantes.

Vous remerciant par avance de votre collaboration, nous vous prions de croire, Mademoiselle, à l'assurance de nos sentiments dévoués.

Service Prestations
Corinne Fraiche

Docteur Paul Hui
8, rue des Fossés
75016 Paris

Paris, le 30 septembre 2000

Rapport demandé par : ASSUR+
Dossier suivi par : Corinne Fraiche

Expertise suite au décès de Madame Gillon Lucie, le 13 juillet 2000
Date de l'expertise : le 25 septembre 2000

J'ai pris contact avec l'entourage de Madame Gillon Lucie afin de déterminer plus précisément les causes du décès.

D'après les dires, les faits peuvent se résumer ainsi :

M^{me} Gillon était dépressive depuis la mort de son mari il y a 10 ans et était suivie 2 fois par semaine par un psychiatre depuis maintenant 8 ans. En dehors de cette fragilité, son médecin traitant, le Docteur Liénard, affirme que l'état physique et intellectuel de sa patiente était excellent.

Le 13 juillet 2000, elle a décidé de mettre fin à ses jours par injection médicamenteuse. C'était d'ailleurs là sa troisième tentative de suicide. Le corps a été retrouvé au domicile de Mme Lucie Gillon par sa nièce, M^{lle} Claire Gillon, dont elle était très proche.

Supportant mal le geste de sa tante, la nièce de M^{me} Gillon ne voulait pas communiquer la cause du décès. Officiellement et pour tout l'entourage, il s'agit d'un accident domestique. Je vous recommande donc la plus grande discrétion. Je vous joins par ailleurs le certificat médical de décès rempli par le médecin traitant de M^{me} Gillon.

Docteur Paul Hui



Docteur Olivier LIENARD

Médecine Générale
59 1 135138

72, Boulevard Charles de Gaulle
75008 PARIS

Tél. : 01 44 58 13 22

Jeudi 13 juillet

Décès constaté ce jour de Mme Lucie GILLON suite à injection
médicamenteuse.

Patiente retrouvée morte à 17 h 15 à son domicile, 8 rue des
Fourmis à Paris.

Heure de la mort évaluée à 12 h 30 en fonction de l'état du cadavre.

Liénard

— Dossier **Gillon** —

CHEMISE : « **DOCUMENTATION** »

Pièce n° D1 • Article 757 B du CGI

1 page

Pièce n° D2 • Extraits du contrat G.A.V

2 pages

Article 757 B du CGI

- I. Les sommes, rentes ou valeurs quelconques dues directement ou indirectement par un assureur, à raison du décès de l'assuré, donnent ouverture aux droits de mutation par décès suivant le degré de parenté existant entre le bénéficiaire à titre gratuit et l'assuré à concurrence de la fraction des primes versées après l'âge de 70 ans qui excède 200 000 Frs.

- II. Lorsque plusieurs contrats sont conclus sur la tête d'un même assuré, il est tenu compte de l'ensemble des primes versées après le soixante-dixième anniversaire de l'assuré pour l'appréciation de la limite de 200 000 Frs.

GARANTIE DES ACCIDENTS DE LA VIE

Conditions Générales (extraits)

Objet de la garantie

article 1 - indemnisation du préjudice corporel

En cas d'accident corporel, survenant à l'occasion d'une activité de la vie privée, d'un acte médical, d'un attentat ou d'une agression, d'une catastrophe naturelle ou technologique, la garantie prévoit :

- l'indemnisation du préjudice corporel subi par l'assuré en cas de blessures, selon les modalités prévues aux articles 6 à 10.
- l'indemnisation du préjudice subi par les bénéficiaires désignés à l'article 5 et résultant du décès de l'assuré, selon les modalités prévues aux articles 11 à 13.

Les indemnités garanties ne peuvent se cumuler au profit d'une même personne, ni avec toutes prestations à caractère indemnitaire qui lui seraient dues par la Sécurité sociale, tout autre régime de prévoyance collective, au titre d'un statut ou d'une convention collective, ni avec d'autres indemnités qui, réparant les mêmes postes de préjudice, lui seraient dues par la Société.

Les indemnités ne sont pas dues lorsque l'accident engage la responsabilité d'un tiers, sous réserve des dispositions prévues à l'article 2.

article 2 - avance sur recours

En cas de responsabilité totale ou partielle d'un tiers quel qu'il soit, des indemnités équivalentes à celles prévues à l'article 1 sont versées à titre d'avance sur la réparation attendue, soit de ce tiers ou de son assureur, soit de tout organisme assimilé ou qui se substitue à ce tiers ou à son assureur.

Les avances sont, le cas échéant, récupérables sur les indemnités obtenues après un recours que la Société s'engage à exercer.

La récupération s'exerce de telle manière que l'assuré ou le bénéficiaire, toutes sources confondues, perçoive, au maximum, l'indemnisation intégrale de son préjudice et, au minimum, les prestations prévues au présent contrat.

Définitions

article 3 - accident

Par accident, il faut entendre toute atteinte à l'intégrité corporelle de l'assuré, non intentionnelle de sa part, et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

article 4 - personnes assurées

- le preneur d'assurance, son conjoint non divorcé ni séparé ou son concubin, les enfants à leur charge,
- les ascendants et descendants du sociétaire, de son conjoint non divorcé ni séparé ou de son concubin, vivant au foyer du sociétaire.

Par enfant à charge, il faut entendre :

- l'enfant célibataire âgé au janvier de l'année considérée de moins de 21 ans, même s'il perçoit un salaire,
- l'enfant célibataire âgé au 1^{er} janvier de l'année considérée de moins de 26 ans s'il poursuit des études ou s'il est sans emploi et à la condition que ses ressources annuelles (exception faite des bourses) ne dépassent pas le SMIC.

article 5 - bénéficiaires des indemnités en cas de décès de l'assuré

En cas de décès d'un des assurés définis à l'article 4, ont la qualité de bénéficiaires les personnes désignées ci-après vivant après le 30^e jour qui suit la date de l'accident :

son conjoint non divorcé ni séparé de corps ou, à défaut, son concubin ou, à défaut, ses enfants à charge ou, à défaut, ses autres enfants ou, à défaut, ses ascendants ou descendants en ligne directe ou, à défaut, ses autres ayants droit.

Indemnités en cas de blessures

article 6 - les frais

Jusqu'à la date de guérison ou, à défaut, de consolidation des blessures, la Société garantit le remboursement des frais engagés de médecine, chirurgie, pharmacie, hospitalisation, séjour en centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, y compris le forfait journalier hospitalier, transport pour soins, prothèse, rendus nécessaires par l'accident.

Les frais ci-dessus visés sont ceux restés à la charge de l'assuré après intervention de la Sécurité sociale, de tout autre régime de prévoyance collective (y compris les sociétés mutualistes) et de l'employeur.

article 7 - les pertes de revenus

La Société garantit l'indemnisation des pertes justifiées de revenus des personnes exerçant une activité professionnelle rémunérée, pendant la période d'incapacité temporaire de travail résultant de l'accident.

Les revenus pris en compte sont les gains et rémunérations nets dont l'assuré aurait disposé pendant la période d'incapacité temporaire totale, déduction faite des cotisations sociales, des frais et charges professionnels, et de l'impôt.

Les pertes de revenus ci-dessus visées sont celles restées à la charge de l'assuré après intervention de la Sécurité sociale, de tout autre régime de prévoyance collective (y compris les sociétés mutualistes) et de l'employeur.

Indemnités en cas d'incapacité permanente

article 8 - l'incapacité permanente, la tierce personne

Lorsque les blessures subies par l'assuré au cours de l'accident laissent subsister des séquelles, la Société garantit le versement d'indemnités réparant l'incapacité permanente, dans les conditions et suivant les modalités ci-après :

Le taux d'incapacité subsistant après consolidation des blessures est fixé par un médecin expert désigné par la Société. L'expert se réfère au « barème indicatif des déficits fonctionnels séquellaires en droit commun ».

Le médecin expert détermine si l'assuré a besoin de l'assistance d'une tierce personne et en fixe la durée.

L'indemnité est égale au produit du taux d'incapacité par la valeur du point indiquée au tableau de l'annexe n° 1, en vigueur à la date du règlement, l'âge à prendre en considération étant celui de l'assuré à la date de consolidation des blessures.

Lorsque l'assuré, dont l'incapacité permanente est supérieure ou égale à 50 %, doit avoir recours à l'assistance d'une tierce personne, l'indemnité due au titre de l'incapacité permanente est majorée de moitié ou du quart selon que cette assistance est reconnue nécessaire à temps plein ou à temps partiel.

Article 9 - l'indemnité compensant le préjudice de souffrance endurée

Le médecin expert qualifie le préjudice de souffrance endurée par référence à une échelle de gravité de 1 à 7.

Lorsque le préjudice donne lieu à une qualification supérieure ou égale au degré 3, il est versé à l'assuré une indemnité calculée en application des éléments figurant au tableau de l'annexe n° 2.

Article 10 - l'indemnité compensant le préjudice esthétique

Le médecin expert qualifie le préjudice esthétique par référence à une échelle de gravité de 1 à 7.

Lorsque le préjudice esthétique donne lieu à une qualification supérieure ou égale au degré 3, il est versé à l'assuré une indemnité calculée en application des éléments figurant au tableau de l'annexe n° 2.

Indemnités en cas de décès d'un assuré

article 11 - le capital décès et la prestation pour frais funéraires

Le capital décès et la prestation pour frais funéraires sont dus aux bénéficiaires désignés à l'article 5.

Leur montant est celui prévu à l'annexe n° 3 des conditions générales.

article 12 - l'indemnisation du préjudice patrimonial

Lorsque l'assuré disposait de revenus qu'il consacrait en partie à l'assistance pécuniaire des bénéficiaires désignés à l'article 5, ces derniers sont indemnisés de la perte de ressources qu'ils subissent du fait du décès de l'assuré.

Les revenus pris en compte sont les gains et rémunérations annuels nets, provenant d'une activité professionnelle.

Les revenus, ainsi définis, sont retenus pour un montant au moins égal au SMIC.

Si l'assuré vivait au foyer sans percevoir de revenu, un gain fictif égal au SMIC annuel est pris en compte pour calculer le préjudice patrimonial subi par le conjoint ou le concubin et les enfants définis à l'article 5.

L'indemnité est égale, pour chaque bénéficiaire, à la part de revenus annuels que l'assuré lui consacrait, capitalisée en fonction du barème de l'annexe n° 4 et déduction faite des prestations à caractère indemnitaire versées au bénéficiaire par la Sécurité sociale, tout autre régime de prévoyance collective, au titre d'un statut ou d'une convention collective.

article 13 - non-cumul incapacité permanente/décès

Lorsque, après le versement de l'indemnité due pour l'incapacité permanente, l'assuré décède des suites de l'accident, les indemnités dues au titre du décès ne sont versées que déduction faite des sommes déjà réglées par la Société au titre de l'incapacité permanente.

— **Dossier Gillon** —

CHEMISE : « **PRODUCTION** »

| | | |
|--------------------|---|---------|
| Pièce n° P1 | • Conditions particulières de Assur+ | 1 page |
| Pièce n° P2 | • Extrait des conditions générales du contrat mixte souscrit par Madame Lucie GILLON auprès de Assur+ | 2 pages |
| Pièce n° P3 | • Questionnaire médico-professionnel de Assur+ | 4 pages |

Assur+**CONDITIONS PARTICULIÈRES**

Contrat n° RA105116

Souscripteur : Mme GILLON Lucie
8, rue des Fourmis
75008 PARIS

Assuré : Mme GILLON Lucie
8, rue des Fourmis
75008 PARIS

Née le : 14 février 1925

Date d'effet de l'adhésion : 30 mai 1994

Durée : Temporaire (échéance au 31/12/2005)

Prime : primes annuelles de 70 000 Frs versées le 31/12 de chaque année

GARANTIES

1- Garantie en cas de vie : capital versé 900 000 Frs
Bénéficiaire désigné : l'assuré

2- Garantie en cas de décès : capital versé 900 000 Frs
En cas de décès de l'assuré avant le terme du contrat, ce capital est versé aux bénéficiaires suivants : la nièce de l'assuré, M^{lle} Claire Gillon, à défauts les héritiers dans l'ordre de la succession.

3- Garantie invalidité absolue et définitive
Capital versé en cas d'invalidité absolue et définitive : 900 000 Frs
Ce montant est alors versé à l'assuré.

Extrait des conditions générales du contrat mixte souscrit par Mme Lucie Gillon auprès de Assur+ :

GARANTIE DÉCÈS-INVALIDITÉ

Article 1 : Décès

1. Prestation

Le montant du capital décès versé au bénéficiaire en cas de décès de l'assuré est égal au montant fixé aux conditions particulières. Le capital peut à la demande du bénéficiaire être réglé en un nombre déterminé de versements trimestriels.

2. Bénéficiaires

Le capital (la rente) est versé(e) aux bénéficiaires désignés par l'assuré.

L'attribution bénéficiaire peut être modifiée à toute époque par l'assuré. La modification prend effet dès qu'elle est parvenue à la connaissance de l'assureur.

3. Terme de la garantie

La garantie prend fin le 31 décembre qui suit le 80^{ème} anniversaire de l'assuré.

Article 2 : Double effet

En cas de décès du conjoint avant son 80^{ème} anniversaire et après le décès de l'assuré, un capital est versé aux enfants que l'assuré avait à sa charge et qui sont encore à la charge du conjoint à son décès.

On entend par enfant à charge les enfants de l'assuré ou de son conjoint, c'est à dire les enfants légitimes, naturels reconnus, adoptifs ou recueillis âgés de moins de 18 ans, ou âgés de moins de 25 ans sous réserve qu'ils poursuivent effectivement leurs études à temps plein, qu'ils n'exercent aucune activité rémunérée au sens des dispositions de la Sécurité Sociale et qu'ils soient effectivement à la charge de l'assuré ou de son conjoint au sens fiscal.

Article 3 : Invalidité absolue et définitive

1. Définition du risque

Est considéré en invalidité absolue et définitive l'assuré dont l'état de santé justifie une invalidité fonctionnelle le mettant dans l'impossibilité absolue et définitive de se livrer à une quelconque activité lucrative et l'obligeant en outre à avoir recours à l'assistance constante d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

2. Prestation

L'assureur verse par anticipation à l'assuré le capital garanti en cas de décès. Ce règlement met fin à l'adhésion.

3. Terme de la garantie

La garantie prend fin au plus tard le 31 décembre qui suit le 80^{ème} anniversaire de l'assuré.

Article 4 : Rente éducation

1. Prestation

En cas de décès de l'assuré ou d'invalidité absolue et définitive, chaque enfant à sa charge au jour du sinistre bénéficie d'une rente éducation.

Le montant de la rente est indiqué aux conditions particulières.

La rente est payable trimestriellement et à terme échu jusqu'au 18^{ème} anniversaire de chaque bénéficiaire ou au plus tard jusqu'au 25^{ème} anniversaire en cas de poursuite effective d'études à temps plein.

La rente éducation est versée au représentant légal des enfants ou, s'ils sont majeurs, à eux-mêmes.

2. Revalorisation

La rente éducation est revalorisée le 1^{er} juillet de chaque année en fonction du point de retraite AGIRC entre la date du sinistre ouvrant droit à la prestation et le 1^{er} juillet de chaque année.

3. Terme de la garantie

La garantie prend effet au plus tard le 31 décembre qui suit le 80^{ème} anniversaire de l'assuré.

(...)

EXCLUSIONS

Le présent contrat ne couvre pas :

1. Le décès résultant :

- du suicide conscient ou inconscient survenant durant les deux premières années de la prise d'effet de la présente garantie,
- de faits de guerre étrangère,
- de la désintégration du noyau atomique.

2. L'invalidité résultant :

- d'une affection quelconque dont les premiers symptômes se sont manifestés dans les trois premiers mois qui suivent la date d'effet de la garantie,
- d'un accident non consolidé à la date d'effet de la garantie,
- des conséquences de faits volontaires ou provoqués par une tentative de suicide ou de mutilation intentionnelle,
- des cures de toutes natures ainsi que des séjours en maison de repos,
- des états et syndromes de type anxio-dépressif, névrotique, neuropsychique ou neuropsychiatrique ainsi que leurs suites et conséquences.

(...)

QUESTIONNAIRE MÉDICO- PROFESSIONNEL

Nous attirons particulièrement l'attention du proposant sur l'importance de ses déclarations qui serviront de base à l'assurance.

Ce document est couvert par le secret professionnel.

| 1 | NOM : <u>Gillon</u> NOM DE JEUNE FILLE : <u>Dupont</u> PRENOM : <u>Lucie</u> DATE ET LIEU DE NAISSANCE : <u>14 02 19 25 à Paris</u> ADRESSE : <u>8, rue des Fournis Paris 8ème</u> SITUATION DE FAMILLE : <input type="checkbox"/> CÉLIBATAIRE <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> MARIÉ(E) <input checked="" type="checkbox"/> VEUF(VE) <input type="checkbox"/> DIVORCE(E) <input type="checkbox"/> SÉPARÉ(E) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--------------------------|-----|-----|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2 | Profession actuelle : Description exacte de l'activité : Nom de l'entreprise : Nombre de collaborateurs : L'exercez-vous en tant que salarié ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Votre statut ? Chef d'entreprise <input type="checkbox"/> Cadre, profession intellectuelle <input type="checkbox"/> Profession libérale <input type="checkbox"/> Artisan <input type="checkbox"/> Commerçant <input type="checkbox"/> Agriculteur exploitant <input type="checkbox"/> Technicien <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Ouvrier <input type="checkbox"/> Activité intermittente <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Sans profession <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Votre activité professionnelle vous amène-t-elle à vous déplacer en véhicule ? - fréquence <input type="checkbox"/> tous les jours ou <input type="checkbox"/> au moins une fois par semaine ou <input type="checkbox"/> au moins une fois par mois ou <input type="checkbox"/> jamais - kilométrage / an : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NON</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">OUI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> Votre activité professionnelle est-elle sédentaire ? S'exerce-t-elle principalement ? </td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> dans un bureau, un cabinet</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> ou dans le domaine paramédical, le commerce</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> ou dans une usine, un atelier</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> ou dans l'industrie du transport ou de la manutention</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> ou dans le bâtiment et les travaux publics</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> ou autre (à préciser)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> | | NON | OUI | Votre activité professionnelle est-elle sédentaire ? S'exerce-t-elle principalement ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | dans un bureau, un cabinet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ou dans le domaine paramédical, le commerce | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ou dans une usine, un atelier | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ou dans l'industrie du transport ou de la manutention | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ou dans le bâtiment et les travaux publics | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ou autre (à préciser) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | NON | OUI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Votre activité professionnelle est-elle sédentaire ? S'exerce-t-elle principalement ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| dans un bureau, un cabinet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ou dans le domaine paramédical, le commerce | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ou dans une usine, un atelier | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ou dans l'industrie du transport ou de la manutention | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ou dans le bâtiment et les travaux publics | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ou autre (à préciser) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NON</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">OUI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> Votre activité professionnelle nécessite-t-elle un travail manuel ? Si oui, implique-t-elle, principalement : </td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> l'utilisation d'outils mécaniques, à couper, à visser, à bois ...</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> et/ou l'utilisation de matériaux lourds ou dangereux, le port de charges, la manutention</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> et/ou l'utilisation de produits dangereux : chimiques, toxiques, explosifs ...</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> et/ou l'utilisation d'outils dangereux, des travaux sur toits, en hauteur, sur façades, d'abattage/élagage d'arbres</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> | | NON | OUI | Votre activité professionnelle nécessite-t-elle un travail manuel ? Si oui, implique-t-elle, principalement : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | l'utilisation d'outils mécaniques, à couper, à visser, à bois ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | et/ou l'utilisation de matériaux lourds ou dangereux, le port de charges, la manutention | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | et/ou l'utilisation de produits dangereux : chimiques, toxiques, explosifs ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | et/ou l'utilisation d'outils dangereux, des travaux sur toits, en hauteur, sur façades, d'abattage/élagage d'arbres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| | NON | OUI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Votre activité professionnelle nécessite-t-elle un travail manuel ? Si oui, implique-t-elle, principalement : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| l'utilisation d'outils mécaniques, à couper, à visser, à bois ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| et/ou l'utilisation de matériaux lourds ou dangereux, le port de charges, la manutention | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| et/ou l'utilisation de produits dangereux : chimiques, toxiques, explosifs ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| et/ou l'utilisation d'outils dangereux, des travaux sur toits, en hauteur, sur façades, d'abattage/élagage d'arbres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NON</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">OUI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> Votre activité professionnelle vous expose-t-elle à des risques particuliers ? Si oui, lesquels : </td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> | | NON | OUI | Votre activité professionnelle vous expose-t-elle à des risques particuliers ? Si oui, lesquels : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | NON | OUI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Votre activité professionnelle vous expose-t-elle à des risques particuliers ? Si oui, lesquels : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | |
|-----------|---|-------------------------------------|--------------------------|--|
| 15 | Avez-vous été victime d'accidents ? (traumatisme, intoxication, brûlure ...) | NON | OUI | localisations corporelles (indiquer s'il y a eu perte de connaissance et la durée) - dates - séquelles |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | | NON | OUI | lesquelles - quand - durée - traitement - évolution | | | | | | | | |
|-------------|---|-------------------------------------|--|---|------------------|------------------|------------|---------|---------|-------------|---------|---------|
| 16 | Souffrez-vous ou avez-vous souffert de : | | | | | | | | | | | |
| | Maladies de l'appareil respiratoire (tuberculose, asthme, bronchite, pneumonie ...) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| | Maladies de l'appareil cardio-vasculaire (infarctus, hypertension, artérite, troubles du rythme, syncope, angine de poitrine ...) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| | Maladies de l'appareil digestif (ulcère, jaunisse, hernie hiatale, pancréatite, rectocolite ...) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| | Maladies de l'appareil urogénital (coliques néphrétiques, albumine, affections gynécologiques, maladies sexuellement transmissibles ...) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| | Maladies du sang, des ganglions (anémie, leucémie, hémophilie, lymphome ...) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| | Maladies endocriniennes, métaboliques (diabète, goutte, pathologie thyroïdienne ...) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| | Maladies infectieuses ou virales (méningite, rhumatisme articulaire aigu, sida, hépatite ...) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Méningite virale en 1934 | | | | | | | | |
| | Maladies des os, articulations (arthrose, polyarthrite, lumbago, sciatique, hernie discale, coxarthrose ...) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| | Maladies du système nerveux (sclérose en plaques, épilepsie, dépression nerveuse, vertiges, paralysie, accident vasculaire cérébral ...) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| | Maladies des organes des sens : - affection de l'appareil auditif - affection oculaire (myopie, amblyopie, décollement rétine, glaucome ...) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Myopie stabilisée degré d'acuité | | | | | | | | |
| | Maladie non citée ci-dessus | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| | | | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center; font-size: small;">avant correction</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">après correction</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">Oeil Droit</td> <td style="text-align: center; font-size: large;">03 / 10</td> <td style="text-align: center; font-size: large;">10 / 10</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">Oeil Gauche</td> <td style="text-align: center; font-size: large;">02 / 10</td> <td style="text-align: center; font-size: large;">08 / 10</td> </tr> </table> | | avant correction | après correction | Oeil Droit | 03 / 10 | 10 / 10 | Oeil Gauche | 02 / 10 | 08 / 10 |
| | avant correction | après correction | | | | | | | | | | |
| Oeil Droit | 03 / 10 | 10 / 10 | | | | | | | | | | |
| Oeil Gauche | 02 / 10 | 08 / 10 | | | | | | | | | | |

| | | | | |
|-----------|--|-------------------------------------|--------------------------|---|
| 17 | Etes-vous atteint d'une infirmité ou d'une diminution de vos capacités physiques ? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | depuis quand - motif - taux (préciser à titre civil ou militaire) |
| | Etes-vous titulaire : - d'un taux d'incapacité permanente - d'une pension d'invalidité - d'une ALD, prise en charge à 100 % | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Une procédure est-elle ou va-t-elle être engagée ? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | | | | |
|-----------|---|---|------------------------------|---|
| 18 | Consommez-vous des boissons alcoolisées ? | NON <input checked="" type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | quantités journalières |
| | Fumez-vous ? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | | | | |
|-----------|--|---|------------------------------|---|
| 19 | Avez-vous sollicité des assurances de personnes ? (décès, incapacité, invalidité, maladies redoutées) | NON <input checked="" type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | quand - à quelles Compagnies - motif |
| | Ont-elles fait l'objet d'un refus, ajournement, restriction, surprime ? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | | | | |
|---|--|-------------------------------------|--------------------------|---|
| 20 | Pratiquez-vous ? | NON | OUI | préciser lesquels - fréquence - avec ou sans compétitions |
| | - des sports automobiles ? (karting, motocyclisme ...) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | - des sports aériens ? (aviation, vol à voile, U.L.M, parapente, deltaplane, parachutisme ...) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | - des sports équestres ? (trot attelé, sauts d'obstacles ...) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | - des sports d'équipe ? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | - la plongée sous-marine : | | | |
| - avec bouteille ? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| - sans bouteille ? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| préciser la profondeur | | | | |
| - d'autres sports ? (alpinisme, spéléologie ...) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

| | | | | |
|-----------|---|---|------------------------------|---|
| 21 | Avez-vous ou devez-vous séjourner à titre professionnel hors de l'Union Européenne ? | NON <input checked="" type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> | quels pays - fréquence - durée des séjours |
| | | | | |

| | | |
|-----------|---|---|
| 22 | Veuillez préciser les coordonnées de votre médecin habituel | nom - prénom - adresse - téléphone Docteur Liéuard 72, Bd de Baulle 75008 Paris 44 58 13 22 |
| | | |

Je certifie avoir répondu sincèrement à toutes les questions du présent document et n'avoir rien dissimulé, ce qui entraînerait la nullité de l'assurance conformément à l'article L 113-8 du Code des Assurances.

FAIT A Laris LE 15 Mai 1994
SIGNATURE DU PROPOSANT Lu et Approuvé
(précédée de la mention «Lu et approuvé»)

Lucie Gillou