

QUESTIONNAIRE SIMPLIFIE **Métiers de la Forme...**

à retourner : **par télécopie** au : 01 43 50 14 00 **par courrier** à : CHATENAY ASSURANCES / ACTIFORME
par mail : chatenayassurances@wanadoo.fr 74 rue J. Longuet - BP 33 - 92293 CHATENAY MALABRY Cx

■ **Pour connaître & souscrire à l'un ou plusieurs de nos contrats ci-dessous :** (sous réserve d'acceptation)

Proposition réservée aux différents intervenants « Métiers de la Forme » (autres que préparateur - entraîneur sportif, coach, praticien shiatsu, exploitant d'établissement d'activités physiques et sportives) **exerçant à domicile, en cabinet, et/ou dans des structures appartenant à des tiers** (Club sportif - Collectivité - Centre de Mise en Forme - etc...) **avec ou sans activités extérieures.**

Autres cas → Appelez-nous au : 01 43 50 31 93

(Assurance local : si vous exploitez en plus de l'activité ci-dessus, un Centre en « nom propre », merci de remplir également le **QUESTIONNAIRE Centre**)

■ **Vous concernant :**

M Mme Mlle **Nom** : **Prénom** : **Né(e) le** : . / . / .
Adresse : **Ville** : **Code postal** :
Tél. : **Portable** : **Mail** : @
Activité précise : **Code APE / NAF** :

Diplôme(s) éventuel(s) de la profession :

Exercée : **EN SOCIETE** / forme : **EN INDEPENDANT** / statut **Commerçant** **Libéral**

Votre Caisse de Retraite obligatoire : **Votre Régime Maladie obligatoire** :

Activité déjà en place depuis le : . / . / . **Création prévue le** : . / . / . **Reprise prévue le** : . / . / .

C.A. H.T. / AN : € **Revenu moyen mensuel net** : € (dernier exercice / ou prévisionnel, si création)

Nombre total de personnes participant à l'entreprise : (salariées ou non / à temps plein, ou partiel)

■ **Vous souhaitez :**

(pour tout autre contrat / contactez-nous !)

- | | | |
|--|--|------------------------------------|
| 1 Responsabilité Civile | <input type="checkbox"/> souscrire (urgent) | <input type="checkbox"/> un projet |
| 2 Protection Juridique | <input type="checkbox"/> souscrire | <input type="checkbox"/> un projet |
| 3 Complémentaire Santé → sante.actiforme.fr (remboursement soins de Réflexologie, etc...) | <input type="checkbox"/> souscrire | <input type="checkbox"/> un projet |
| 4 Prévoyance générale (Indemnités journalières en cas d'arrêt de travail - rente d'invalidité...) | <input type="checkbox"/> souscrire | <input type="checkbox"/> un projet |
| 5 Complémentaire Retraite <input type="checkbox"/> Epargne <input type="checkbox"/> Assurance Vie <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> souscrire | <input type="checkbox"/> un projet |
- (**Avantages de la Loi Madelin** : pour les postes 3 - 4 & 5, si vous exercez en « Libéral » / nous contacter ..)

■ **Antécédents :** (sur les 24 derniers mois)

Vous avez déjà été, ou êtes encore actuellement assuré pour un risque similaire oui non

Dans l'affirmative, veuillez préciser : La Société d'Assurances : Depuis quand : . / . / . L'échéance annuelle : . / . / .

N° de contrat : Résilié le : . / . / . Par : Motif :

➔ **DECLARATIONS**

Vous n'avez déclaré aucun sinistre sur les 24 derniers mois, et n'avez connaissance d'aucun fait susceptible d'entraîner une réclamation *.

* dans le cas contraire, veuillez nous donner le détail des sinistres et/ou réclamations (date - nature - circonstance, coût ou estimation...)

Vous déclarez ne pas avoir été mis en liquidation judiciaire, ni avoir bénéficié d'un redressement judiciaire.

Si ce questionnaire (**valant proposition**) devait servir de base à l'établissement de contrat(s) d'assurance(s), l'Assuré soussigné certifie que toutes les déclarations ou réponses faites, qu'elles aient été écrites par lui ou par un tiers, sont sincères, et à sa connaissance, véritables.

Il déclare les accepter sans restriction ni réserve.

L'ensemble des déclarations figurant sur ce questionnaire constituent pour l'assureur des éléments dont il est tenu compte pour l'appréciation du risque et la fixation des cotisations et, qu'en conséquence, toute omission ou déclaration inexacte, réticence ou fausse déclaration entraînera l'application des sanctions suivantes prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du Code des Assurances : nullité du contrat, majoration de la cotisation, réduction proportionnelle des indemnités dues en cas de sinistre.

AUTRES CAS → NOUS TELEPHONER

QS AMF - V 3 DP - maj 010112

Cachet commercial / ou vos coordonnées

Si Société, Nom :

Faites-vous partie d'un réseau ou groupement ..? OUI NON Si oui, le quel :

Etes-vous déjà assuré par ACTIFORME ..? OUI NON

Etes-vous adhérent d'un Organisme Professionnel ..? OUI NON Si oui, le quel :

Date le : . / . / . **Signature de l'Assuré** Précédée de « Lu et approuvé »