
ASSURANCE EMPRUNTEUR

Un questionnaire à remplir pour chaque assuré

Civilité : Madame Mademoiselle Monsieur

Nom de l'assuré :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance : / /

Lieu de naissance :

Téléphone :

Mail :

Situation familiale : Célibataire Union libre Pacsé(e) Marié(e)

Divorcé(e) Veuf(ve)

Profession :

Salarié cadre

Travailleur non salarié

Intermittent

Salarié non cadre

Artisan

Saisonnier

Chef d'entreprise

Commerçant

Retraité salarié cadre

Fonctionnaire

Auto-entrepreneur

Retraité chef

catégorie A

Conjoint collaborateur

d'entreprise

Fonctionnaire

Intérimaire

Retraité fonctionnaire

catégorie B ou C

catégorie A

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Profession libérale | <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi | <input type="checkbox"/> Retraité profession libérale |
| <input type="checkbox"/> Profession médicale libérale | <input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle | <input type="checkbox"/> Autre retraité |

Profession exacte :

Déplacements professionnels (hors transports collectifs) :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> < 15 000km/an | <input type="checkbox"/> De 15 000 à 20 000 km/an |
| <input type="checkbox"/> De 20 000 à 30 000 km/an | <input type="checkbox"/> >30 000 km/an |

Déplacements à l'étranger :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> < 60 jours/an | <input type="checkbox"/> > 60 jours/an | <input type="checkbox"/> Pays à risque |
|--|--|--|

Etes-vous amené(e) à travailler en hauteur de plus de 20m ?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

Etes-vous fumeur ?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

- Moins de 5 cigarettes/semaine ou moins de 30 mg de nicotine/mois si vapotage

Etes-vous en contact direct ou indirect avec des produits explosifs ou inflammables ?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

Votre activité nécessite-t-elle un travail manuel (utilisation d'outils motorisés, port de charges de plus de 20kg) ?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|
-

Exercez-vous une activité professionnelle spécifique : (la réponse positive à l'une de ces questions peut entraîner une question subsidiaire, vous serez contacté par téléphone par votre conseiller)

- Aucune activité spécifique
- Forces de l'ordre, armée (militaire, gendarme), activité avec port ou manipulation d'armes, pompier, secouriste
- Métiers de la pêche ou de la marine, docker
- Pilote d'avion ou d'hélicoptère ou personnel navigant
- Profession impliquant l'utilisation d'un véhicule motorisé 2 roues
- Profession en lien avec l'exploitation de ressources énergétiques (pétrole, gaz, nucléaire), de minerais, l'exploitation forestière ou l'abattage d'arbres
- Profession exercée sur site dangereux (haute montagne, souterrain, sous-marin) ou en contact avec des animaux sauvages
- Profession en lien avec la recherche expérimentale sur des virus ou bactéries
- Sportifs professionnels (sportifs, entraîneurs, arbitre)
- Métiers artistiques, de cirque, cascadeurs, forain
- Activités politiques, humanitaires, diplomatique, ou journalistique (journaliste, cameraman, photographe)
- Activités spirituelles (religion, occultisme)

Faites-vous une activité sportive ?

- Oui Non

Si oui, précisez ?

Combien de temps envisagez-vous de garder cette résidence (*facultative*) ?

- Moins de 10 ans Entre 10 et 20 ans Plus de 20 ans
-