

## QUESTIONNAIRE SIMPLIFIE **COACH Sportif**

à retourner : par mail à : [contact@actiforme.fr](mailto:contact@actiforme.fr)  
par télécopie au : 01 43 50 14 00  
par courrier à : **ACTIFORME** / Cbt CHATENAY ASSURANCES - BP 33 - 92293 Chatenay Malabry Cx

■ **Pour connaître & souscrire à l'un ou plusieurs de nos contrats ci-dessous :** (sous réserve d'acceptation)  
Propositions réservées aux préparateur - entraîneur sportif - coach, exerçant à domicile et/ou dans des structures appartenant à des tiers (Club Sportif - Collectivité - Centre de Mise en Forme...) avec ou sans activités extérieures, et n'exploitant pas de Club\* pour son compte  
**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) d'état français : .....  
Exercée :  en SOCIETE / forme : ..... Nom : ..... Enseigne (le cas échéant) : .....  
 en INDEPENDANT / statut  Libéral  Micro-entrepreneur  Autre : .....  
Caisse de Retraite obligatoire :  CIPAV  Autre ..... Régime Maladie obligatoire :  RSI...  Autre .....  
 Activité en place depuis le : . . . / . . . / . . .  Création prévue pour le : . . . / . . . / . . .  
 CA 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  souscrire (**urgent**)  un projet  
2 Protection Juridique  souscrire  un projet  
3 Complémentaire Santé (remboursement des soins d'Ostéopathie, Diététique...)  souscrire  un projet  
4 Prévoyance générale (indemnités journalières en cas d'arrêt de travail - rente d'invalidité...)  souscrire  un projet  
5 Complémentaire Retraite  Epargne  Assurance Vie  souscrire  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 constitue 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 COACH - ACO V5-1 DP maj 010117

Cachet commercial / ou vos coordonnées  
Si Société, Nom : .....  
Faites-vous partie d'un réseau ou groupement .. ?  OUI  NON Si oui, lequel : .....  
Etes-vous déjà assuré par ACTIFORME .. ?  OUI  NON  
Etes-vous adhérent d'un Organisme Professionnel .. ?  OUI  NON Si oui, lequel : .....  
Date le : . . . / . . . / . . . **Signature de l'Assuré** Précédée de « Lu et approuvé »