

## **FRAIS GENERAUX PERMANENTS**

- **Questionnaire / Proposition**
- **Questionnaire de santé**

\*\*\*\*\*

## FRAIS GENERAUX PERMANENTS

### Présentation :

Le contrat frais généraux permanents a pour de garantir les frais fixes d'exploitation à la suite d'un arrêt de travail pour maladie ou accident de l'assuré (Dirigeant de PME-PMI, artisan commerçant, profession libérale ou tout autre personne importante pour l'entreprise)

### DEFINITION DES FRAIS GENERAUX PROFESSIONNELS GARANTIS :

- Ce sont les dépenses habituellement supportées par le souscripteur pour l'exercice de sa profession c'est-à-dire :
  - les dépenses d'eau, gaz, électricité, chauffage, téléphone, loyer et charges des locaux professionnels,
  - les salaires (charges incluses) des employés du souscripteur,
  - les taxes et impôts professionnels,
  - les intérêts et taxes payés sur les traites de financement des locaux professionnels,
  - le coût du crédit bail,
  - les amortissements des équipements,
  - les agios sur découverts bancaires,

**OU**

- les frais supportés par le Souscripteur pour remplacer l'Assuré à la suite d'un événement garanti.
- Sont exclus :
  - la rémunération de l'assuré quel qu'en soit le mode (salaires, honoraires, prélèvements, profits et autres avantages),
  - les frais d'acquisition de toutes matières consommables, marchandises, fournitures, l'amortissement du capital emprunté pour l'achat de baux, locaux et matériels.
  - les arrêts consécutifs à :
    - tentative de suicide
    - ivresse
    - drogues, stupéfiants
    - émeutes, guerres civiles
    - traitement psychiatrique sans séjour dans un établissement spécialisé
    - traitement esthétique
    - cures
    - maternité
    - sida

---

La garantie est acquise dans le Monde Entier. A la souscription un délai de carence de 90 jours est appliqué en cas de maladie, viennent s'ajouter les franchises souscrites en fonction de la pathologie déclarée.

---

Les prestations en cas de sinistre seront réglées au prorata temporis de l'arrêt de travail et sur la base du capital que vous avez garanti (**maxi 300 000 euros**)

---

En cas de sinistre, nous vous remercions de le déclarer à EURCAP par courrier en y joignant un certificat d'arrêt de travail ainsi que le dernier compte d'exploitation de l'entreprise accompagné du compte de résultat.



## FRAIS GENERAUX PERMANENTS QUESTIONNAIRE / PROPOSITION

Je remplis ma demande d'adhésion qui servira de base à l'établissement du contrat.

SOUSCRIPTEUR : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

TELEPHONE : ..... TELECOPIE : .....

NOM de la PERSONNE à ASSURER : ..... PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... FONCTION : .....

N°SIRET : .....

MONTANT ANNUEL DU CHIFFRE D'AFFAIRES : ..... €

MONTANT ANNUEL DES FRAIS GENERAUX PERMANENTS A GARANTIR :  
..... €

DUREE D'INDEMNISATION : 12 Mois  18 Mois  24 Mois  36 Mois

FRANCHISE CHOISIE :

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Accident</u>	15 Jours	30 Jours	45 Jours	Prof. Méd.  <input type="checkbox"/> 3 Jours
<u>Maladie</u>	30 Jours	60 Jours	90 Jours	15 Jours

PRIME ANNUELLE TTC ..... €

SUR LA BASE DU CAPITAL A GARANTIR LA PRIME DE 1ère ANNEE EST DE ..... €

DATE D'EFFET : ..... ECHEANCE ANNIVERSAIRE : **1er JANVIER.**

PAIEMENT :            ANNUEL            SEMESTRIEL

+ 30.00 € de coût de police annuel.

JE VERSE CE JOUR UN CHEQUE DE ..... €

**ACCOMPAGNE DE MON DERNIER BILAN OU BUSINESS PLAN**

CONTRAT AVEC TACITE RECONDUCTION DUREE D'UN AN

Fait A..... Le ..... / ..... / 20 .

Signature

Nom de l'apporteur : .....

Bureau de : .....

**Exemplaire à conserver par le souscripteur**

QUESTIONNAIRE DE SANTE

NOM : ..... Prénom : .....

Taille :	Poids :	Tension artérielle :	Date du dernier contrôle :
Etes-vous en arrêt de travail, ou, depuis ces trois dernières années avez-vous eu un arrêt de travail ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Motif ? .....	Date(s) début ..... Date(s) fin.....
Avez-vous été opéré ou devez-vous avoir une intervention chirurgicale ? Si oui joindre le compte-rendu opératoire	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Motif ? .....	..... Date.....
Bénéficiez-vous d'une rente d'invalidité (si oui joindre la notification médicale) ou êtes-vous atteint d'une infirmité quelconque ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Laquelle ? .....	Depuis quand ? .....
Prenez-vous régulièrement ou épisodiquement des médicaments spécifiques ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Lequel ? .....	Motif ? .....
Avez-vous eu des dépressions, crises nerveuses ou paralysies ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	.....	Fréquence ? .....
Avez-vous eu des maladies rhumatismales ou des os, des lésions articulaires, musculaires ou ligamentaires ou des affections disco vertébrales ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Nature ? .....	Date .....
Pour les hommes de moins de 35 ans, avez-vous été exempté ou réformé du service militaire pour des raisons médicales ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Lesquelles ? .....	Siège des lésions ? .....
Pour les femmes êtes-vous enceinte actuellement ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	.....	Date .....
		Motif ? .....	..... Date .....
		.....	Depuis quelle date ? .....

Depuis les 5 dernières années :

Avez-vous eu d'autres maladies ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Lesquelles ? .....	..... Date.....
Avez-vous été victime d'un accident corporel ? Précisez s'il y a des séquelles ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Nature des blessures .....	Séquelles ..... Date.....
Avez-vous séjourné dans des hôpitaux, maisons de santé, stations thermales ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Motif .....	..... Date .....
Avez-vous eu des examens sanguins, urinaires, radiologiques ou autres	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Lesquels ? .....	Conclus.....Date .....
Avez-vous déjà subi un dépistage de la séropositivité ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Résultat du test.....	Date .....
Avez-vous une affection due à une immunodéficience acquise ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Laquelle ? .....	.....

En outre :

Comment exercez-vous votre activité professionnelle ? (a plein temps, temps partiel, en intérim, en travail saisonnier, à l'étranger)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Comment : .....	.....
Pratiquez-vous des sports ou pratiquez-vous l'aviation ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Lesquels ? .....	..... Compétitions .....
Faites-vous usage d'un véhicule à deux roues immatriculés ? Quelle fréquence ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Cylindrée : .....	Fréquence : .....
Exercez-vous une activité professionnelle à plus de 15 mètres de hauteur ou êtes-vous exposé à des risques particuliers ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Lesquels.....	.....
Quelle est votre consommation quotidienne en vin, bière, alcool, apéritif et tabac ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Consommation boisson .....	Tabac .....

Si vous avez répondu oui à l'une de ces questions, veuillez nous adresser les pièces justificatives. Par exemple, certificat médical initial de l'accident, ou rapport d'évaluation des séquelles, compte-rendu d'hospitalisation, compte rendu d'opération, examens biologiques.

Je déclare sur l'honneur que les renseignements ci-dessus sont exacts. Toute fausse déclaration est sanctionnée par les articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des Assurances qui prescrivent la nullité de l'assurance ou de la réduction des garanties.

Fait A..... Le .... / ..... / 20 .

Signature

Exemplaire à conserver par le souscripteur