

N° Adhérent : ☐ M. ☐ Mme. ☐ Mlle.

NOM et PRENOM :

Adresse :

Date de naissance : Profession :

Employeur :

Toutes les questions sont à compléter par oui ou par non et à préciser en cas de réponse positive.

[illegible]

Nom : Prénom : N° Adhérent :

		Non	Oui		
2	Décrivez les particularités de votre poste				
	1. Réalisez-vous des documentaires ou reportages, sur les thèmes suivants :				
	a. phénomènes naturels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	b. catastrophes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	c. guerre, troubles socio-politiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	d. montagne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, escalade <input type="checkbox"/> , trekking <input type="checkbox"/> alt. max :	
	e. plongée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, profondeur maximum :	
	f. sites souterrains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez :	
	2. Utilisez-vous des appareils aériens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez ci-dessous : ▼	
	a. un avion de plus de 30 places	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	b. un avion de moins de 30 places	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pilote <input type="checkbox"/>	passager <input type="checkbox"/>
	c. hélicoptère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d. ULM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e. parapente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f. delta plane - aile delta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	g. planeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	h. ballon dirigeable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	i. ballon libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	j. ballon captif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	k. autres précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	l. couverture aérienne de rallye, raids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Utilisez-vous d'autres moyens de transport ?				
	a. moto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	indiquez la cylindrée : cc	
	b. auto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	c. train	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	d. autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez :	
3	Avez-vous déjà été victime :				
	a. d'agressions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date	Pays
	b. d'attentats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	c. de kidnapping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4	Accidents survenus dans l'exercice de votre métier :				
	1. Dates et circonstances :			
	2. Nature et localisation des lésions :			
	3. Hospitalisation(s) éventuelle(s) avec ou sans intervention(s) chirurgicale(s) :			
	4. Traitement(s) suivi(s) et durée(s) :			
	5. Séquelles :			

Ce questionnaire est rempli impérativement par la personne à assurer ; toutes les réponses aux questions sont obligatoires. Les conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration sont celles prévues par le Code des Assurances (Art. L113-8 : nullité du contrat et Art. L113-9 : réduction des indemnités).

J'autorise votre société à communiquer ces informations à ses mandataires, réassureurs et organismes professionnels habilités ; je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès de la Direction de la Communication de votre Société (Loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés). Il reste bien entendu que si, par la suite, vous pratiquez les activités précitées dans d'autres conditions que celles précisées ci-dessus, la garantie ne sera accordée que si vous avez reçu de votre assureur les nouvelles conditions de couverture.

La signature de la personne à assurer
précédée de la mention "lu et approuvé"

X

Fait à le

april | santé prévoyance

Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03
Fax 0478536518 - www.april.fr

S.A. au capital de 500 000 € - RCS Lyon 428 702 419
Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n°07 002 609 (www.orient.fr)
Autorité de Contrôle Prudentiel - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.



L'assurance n'est plus ce qu'elle était.