

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.

		Non	Oui			
1	<b>Etes-vous ?</b>			ancienneté	Lieu d'exercice de l'activité	
	<b>1. Pompier</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Depuis le .....		
	<b>Secouriste</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Depuis le .....		
	<b>Membre de la Sécurité Civile</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Depuis le .....		
	<b>2. Bénévole</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<b>Professionnel</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<b>Autre situation</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Précisez : .....		
2	<b>Utilisez-vous un appareil aérien dans le cadre de votre activité ?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	si oui, précisez :					
	<b>1. Type d'appareil utilisé :</b>					
	avion de moins de 30 places		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	hélicoptère		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	autre		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Précisez : .....	
	<b>2. En tant que :</b>					
	pilote		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	passager		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	<b>3. But de l'utilisation :</b>					
	vol de secours		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	lutte anti-feu		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	autre		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Précisez : .....	
3	<b>Etes-vous spécialisé dans un domaine ?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	si oui, précisez :					
	<b>1. Déminage</b>					
	terrestre		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	subaquatique		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	<b>2. Plongée</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<b>3. Produits dangereux</b>					
	nucléaire, produits radioactifs		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	produits explosifs		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	produits inflammatoires		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	produits corrosifs		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	autres produits chimiques		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Précisez : .....	

Nom : ..... Prénom : ..... N° Adhérent : .....

		Non	Oui	
	<b>4. Interventions difficiles</b>			
	sous-terre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	haute montagne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	mer, lac, rivière	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	autres lieux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	<b>5. Autres spécialités</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Précisez :.....
				.....
				.....
<b>4</b>	<b>Accidents survenus dans l'exercice de votre activité :</b>			
	<b>1. Dates et circonstances :</b>	..... .....		
	<b>2. Natures et localisations des lésions :</b>	..... .....		
	<b>3. Hospitalisation(s) éventuelle(s) avec ou sans intervention(s) chirurgicale(s) :</b>	..... .....		
	<b>4. Traitement(s) suivi(s) et durée(s) :</b>	..... .....		
	<b>5. Séquelles :</b>	..... .....		

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.