



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

		Non	Oui	
3	<b>Effectuez-vous des transocéaniques ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>1. Nature des traversées :</b>			
	a. loisirs (sans compétitions)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b. compétitions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>2. Equipage de votre bateau :</b>			Expérience de l'équipage en transocéanique :
	a. complet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
	b. restreint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
	c. solitaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
	<b>3. Equipements de sécurité à bord :</b>			
	a. votre bateau est-il armé en 1 <sup>ère</sup> catégorie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b. si non, de quel équipement disposez-vous ?			.....
	- positionnement par satellite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, <input type="checkbox"/> GPS <input type="checkbox"/> Autres : .....
	- balise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Argos <input type="checkbox"/> Autres : .....
	- radio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> BLU <input type="checkbox"/> VHF <input type="checkbox"/> Autres : .....
	- moteur auxiliaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Essence <input type="checkbox"/> Diesel
	- autres dispositifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : .....
	<b>4. Type du voilier :</b>			
	a. monocoque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b. multicoque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c. expérimental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>5. Traversées des 12 prochains mois</b>			
	a. passerez-vous des caps difficiles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels : .....
	b.	DATES PRÉVUES		ITINÉRAIRE PRÉVU, MERS ET Océans TRAVERSES :
		Du..... au .....		.....
		Du..... au .....		.....
		Du..... au .....		.....
		Du..... au .....		.....
		Du..... au .....		.....
4	<b>Accidents survenus lors de la pratique du yachting :</b>			
	<b>1. Dates, lieu 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 :</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.