

N° Adhérent : ☐ M. ☐ Mme. ☐ Mlle.
 NOM et PRENOM :
 Adresse :
 Date de naissance : Profession :
 Ancienneté : Grade : Lieu d'affectation :

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

		Non	Oui	
1	Dans quel corps êtes-vous engagé(e) ?			
	1. Administration militaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	a. service administratif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	b. service santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	2. Armée de l'Air	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	a. Service défense antiaérienne (sol - air)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	b. Guidage-radar, contrôle aérien militaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	c. pilote d'essai	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	- sur avion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	- sur hélicoptère	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	pilotez-vous :			
	- des prototypes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	- des appareils homologués	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	d. autre navigant :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	sur quel type d'appareil ?			
	- chasseur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	- bombardier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	- chasseur-bombardier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	- patrouilleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	- avion de reconnaissance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	- avion de transport de troupes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	- hélicoptère d'attaque	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	de transport	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	- autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Précisez :
	2. Armée de Terre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	a. artillerie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	b. chasseurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	c. chasseurs alpins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	d. force d'attaque héliportée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	e. troupe blindée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	f. défense antiaérienne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	g. fortification, aménagement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	h. autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Précisez :

Nom : Prénom : N° Adhérent :

			Non	Oui		
	3. Marine		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	a.	marin, matelot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	b.	fusilier marin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	c.	équipage de sous-marin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	d.	nageur de combat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	e.	pilote d'avion, d'hélicoptère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	f.	autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez :	
	4. Autre unité militaire		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	a.	Précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nature de votre activité :	
					
					
	b.	Pilotez-vous des appareils aériens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels :	
2	Pratiquez-vous les activités suivantes :					
	1.	Démonstration aérienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2.	Parachutisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	3.	Commando, paracommando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	4.	Déminage	terrestre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			subaquatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Etes-vous membre d'une force d'intervention ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nature des interventions :	
	1.	Êtes-vous appelé(e) à intervenir dans des pays en état de trouble ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lieu de vos précédentes missions :	
	2.	Devez-vous stationner dans des pays en état de trouble dans les 12 prochains mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels :	
	a.	dates des missions :				Durée prévue des missions :
	
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.orientas.fr)
Autorité de Contrôle Prudentiel - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.



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