

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.

AVIATION - EXPERIENCE / FORMATION

- Brevet :
Date d'obtention : ____ / ____ / ____ Date de renouvellement : ____ / ____ / ____
- Autres brevets envisagés : Quand ?
- Nombre total d'heures de vol : Au cours des douze derniers mois :
- Au cours des douze prochains mois : Nombre d'heures à titre professionnel :
Nombre d'heures à titre de loisir :

VOLS ACTUELS ET FUTURS (12 prochains mois)

☐ Professionnel, préciser : ☐ Amateur ☐ Civil ☐ Militaire
Employeur :
- Type de matériel utilisé :
- Zone(s) géographique(s) :
- Nombre probable d'heures de vol dans l'année :
- Types de vols :
☐ ligne régulière, préciser : ☐ régional ☐ national ☐ international ☐ taxi
☐ charter, préciser ☐ + de 30 places ou ☐ - de 30 places ☐ tourisme
☐ acrobatie, voltige, démonstration ☐ prototype, essais, préciser :
☐ avion cargo (fret) ☐ saupoudrage, désinsectisation
☐ hélicoptère ☐ canadair, bombardier d'eau
☐ exploit, record. Si oui, commentaire succinct :
..... ☐ autres vols (reportages, vols de secours, surveillance, publicité, rallye aérien, plate forme)

ACCIDENTS

Date de survenance : ____ / ____ / ____
Description et suites :
.....

ACTIVITÉS AÉRIENNES - N° 15071

2/2

Nom : Prénom : N° Adhérent :

AUTRES ACTIVITES AERIENNES

☐ Vol à voile, planeur ☐ ULM ☐ Montgolfière Précisez : ☐ dirigeable ☐ libre ☐ captif

Autre : laquelle ?

- Type de matériel utilisé :

- But des vols : ☐ loisirs préciser : ☐ avec compétition ☐ sans compétition

nature des épreuves :

depuis quelle année :

épreuve(s) prévue(s) au cours des 12 prochains mois :

☐ professionnel, préciser : ☐ vols d'essai. Si oui, commentaire :

nature et type :

☐ exploit, record, publicité, photographie, rallye aérien, voltige, acrobatie, descente de sommet supérieur à 3 000 mètres. Si oui, commentaire :

- Nombre total d'heures de vol : Au cours des douze derniers mois :

- Nombre probable d'heures de vol dans l'année :

- Zone(s) géographique(s) :

PARACHUTISME - EXPERIENCE ET FORMATION

- Brevet :

Date d'obtention : ____ / ____ / ____ Date de renouvellement : ____ / ____ / ____

- Nombre total de sauts : Au cours des douze derniers mois :

- Nombre d'heures par an :

SAUTS ACTUELS ET FUTURS (12 prochains mois)

☐ Professionnel, préciser : ☐ Amateur ☐ Civil ☐ Militaire

- Zone(s) géographique(s) :

☐ avec compétition ☐ sans compétition

- Types de sauts :

☐ saut à ouverture automatique (SOA) ☐ chute libre ☐ ouverture retardée ☐ vol relatif☐ ascensionnel ☐ terre ☐ mer

- Si exploit, essais de matériel, acrobaties aériennes, ou record, commentaires :

ACCIDENTS DE PARACHUTISME

Date de survenance : ____ / ____ / ____

Description et suites :

RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS

Autres renseignements et détails pour fixer les conditions de couverture du risque :

.....

.....

IMPORTANT : Il reste bien entendu que si, par la suite, vous effectuez des vols ou des sauts 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.

Je certifie avoir répondu consciencieusement au questionnaire susmentionné qui est destiné à faire partie intégrante de ma proposition d'assurance.

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.frS.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 Tailbout - 75436 Paris cedex 09.

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

