

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.

		oui	non	
1	Etes-vous amateur ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Si oui, quelle est votre activité ?			
	1. Manège	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	2. Promenade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	3. Randonnée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	4. Chasse à courre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	5. Sport de compétition	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui, veuillez répondre aux questions 4
	6. Autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Précisez :
2	Etes-vous professionnel ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Si oui, domaine d'activité ?			
	1. Enseignement (moniteur)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	2. Élevage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	a. avec debourrage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	b. avec dressage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	3. Courses de chevaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui, veuillez répondre aux questions 4
	a. entraîneur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	b. apprenti jockey	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	c. jockey	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	d. lad avec monte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	e. lad sans monte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	4. Spectacles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	a. dresseur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	b. écuyer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	c. cascades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	d. autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Précisez :
	Précisez dans quelle structure :			
	e. cinéma, TV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	f. théâtre équestre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	g. cirque	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	h. autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Précisez :
	5. Compétition professionnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui, veuillez répondre aux questions 4
	6. Autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Précisez :
3	Possédez-vous une licence ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui :
				Nature de la licence :
				Date :

Nom : Prénom : N° Adhérent :

		oui	non	
4	Vous pratiquez la compétition :			
	Nature des compétitions actuelles ?			Nombre de compétitions dans les 12 prochains mois :
	1. Dressage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	a. avec débouillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2. Jumping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Concours complet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Marathon d'équitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. Pentathlon moderne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. Cross	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7. Polo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8. Horse-ball	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9. Courses d'attelage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10. Joute équestre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11. Courses de chevaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	a. plat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. trot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. obstacles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12. Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	précisez :
5	Tentez-vous de battre un record ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez :
6	Accidents survenus lors de la pratique de l'équitation :			
	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.