

N° Adhérent : ☐ M. ☐ Mme. ☐ Mlle.
 NOM et PRENOM :
 Adresse :
 Date de naissance : Activité professionnelle détaillée :
 Ancienneté dans la profession : Employeur :

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

		oui	non	
1	Travaillez-vous pour :			
	1.	Une compagnie pétrolière ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2.	Un sous-traitant ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	3.	Autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				Précisez :
2	Votre travail implique-t-il :			
	1.	Des activités manuelles ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2.	L'usage d'explosifs ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	3.	L'usage de l'hélicoptère ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Travaillez-vous à terre ?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				Précisez les pays où vous exercez :
		si oui indiquez :		▼
	1.	En atelier ou salle de contrôle uniquement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2.	Sur site d'exploration, forage, sondage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	3.	Au transport ou à la pose de pipelines	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	4.	En raffinerie ou usine pétrochimique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	5.	Chimie, recherche scientifique et technique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nature des travaux :			
			
	Matériel utilisé :			
			
	Type de produits utilisées :			
			
	Siège des travaux (laboratoire...) :			
			
			

Nom : Prénom : N° Adhérent :

		oui	non	
4	Travaillez-vous en mer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	1. Sur quel type d'installation ?			
	- sur barges de travail (hors forage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- sur plates-formes fixes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- sur plates-formes mobiles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez :
				<input type="checkbox"/> Jack-up
				<input type="checkbox"/> Submersible
				<input type="checkbox"/> Semi-submersible
				<input type="checkbox"/> Drill ship (bateau de forage)
				<input type="checkbox"/> Drill barge (barge de forage)
				<input type="checkbox"/> sur une autre structure (précisez) :
			
	2. Où l'installation est-elle située ?			
	Mer du Nord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Golfe du mexique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Asie, Moyen-Orient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Amérique du Nord, du Sud et Centrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez :
			
3. Dans le cadre de votre activité professionnelle, êtes-vous :				
Pilote d'hélicoptère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Plongeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, plongez-vous :	
			<input type="checkbox"/> à moins de 80 mètres	
			<input type="checkbox"/> à plus de 80 mètres	
5	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.orias.fr)
Autorité de Contrôle Prudentiel - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.



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