

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.

BREVETS (Civils - Militaires)

- Description : Obtenu le :/...../.....

- Dernier renouvellement le :/...../.....

Autres brevets envisagés :

EXPERIENCE

- Type de vol : ☐ parapente ☐ deltaplane

Précisez : ☐ sans moteur ☐ descente de sommets de + de 3 000 mètres

☐ voltige, acrobatie

☐ para-moteur ☐ essai de matériel

☐ records, tentatives de records

- Pratique à titre : ☐ amateur ☐ moniteur – instructeur ☐ autre professionnel, précisez :

- Nombre d'heures de vol :

- Nombre de sauts effectués :

- Nombre total d'heures de vol au cours des 12 derniers mois :

- Nombre probable d'heures de vol au cours des 12 prochains mois :

☐ à titre professionnel : ☐ à titre amateur :

- Nombre de sauts prévus dans les 12 prochains mois :

☐ à titre professionnel : ☐ à titre amateur :

- Description du matériel utilisé :

COMPETITION

- Participez-vous à des compétitions ?

☐ oui ☐ non

Si oui, nature des épreuves :

Depuis quelle année :

Nom : Prénom : N° Adhérent :

ACCIDENTS

Date de survenance : ____ / ____ / ____

Description et suites :

.....

.....

.....

.....

.....

RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS

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

.....

.....

.....

.....

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.

Fait à le

La signature de la personne à assurer
précédée de la mention "lu et approuvé"

X

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.