

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.

EXPERIENCE / FORMATION

- Pratique de la voile depuis quand ? :
- Formation reçue :
- Au cours des 12 derniers mois :
- nombre de sorties :
- durée habituelle des sorties :
- navigation en haute mer : ☐ oui ☐ non
- participation à des courses : ☐ oui ☐ non
- nombre : type :
- nom :

TYPE DE MATERIEL UTILISE

- ☐ Monocoque ☐ Dériveur, quillard ☐ Formule 40
☐ Multicoque ☐ Catamaran léger ☐ Yacht
☐ Autres : lesquels ? :
- Longueur :
- Equipement électronique (radio, balises...) : ☐ oui ☐ non

SORTIES ACTUELLES ET FUTURES (12 prochains mois)

- ☐ Professionnel ☐ Amateur
- Lieu :
☐ navigation côtière ☐ haute mer ☐ rivière, fleuve ☐ lac, plan d'eau artificiel
- Conditions :
☐ seul ☐ équipage restreint ☐ équipage

VOILE - N° 15079

2/2

Nom : Prénom : N° Adhérent :

Durée habituelle des sorties :		
Type de sorties	Nombre	Non (épreuves nationales et internationales)
<input type="checkbox"/> yachting, plaisance
<input type="checkbox"/> côtier
<input type="checkbox"/> longue traversée
<input type="checkbox"/> tour du monde
<input type="checkbox"/> régates
<input type="checkbox"/> courses de voiliers
<input type="checkbox"/> grandes courses
<input type="checkbox"/> tour du monde avec équipage
<input type="checkbox"/> longue traversée ou tour du monde en solitaire
<input type="checkbox"/> autres : lesquelles ?

Si exploit ou record, commentaire succinct :

Séquences :

ACCIDENTS

Date de survenance : ____ / ____ / ____

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 n'exercez plus votre activité dans les mêmes 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.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.