

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.

		Non	Oui	
1	Pratique du motonautisme :			
	1. Statut			
	a. amateur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	b. professionnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	2. Véhicule utilisé			
	a. hors-bord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	b. aéroglisseur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	c. jet (scooter des mers)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	d. autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Précisez :
	3. But de l'utilisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	a. transport	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	b. loisirs (sans compétition)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	c. sport de compétition	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui, répondez aux questions 2 ci-dessous : ▼
	4. Possédez-vous un permis ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	N° Date de délivrance :
	5. Etes-vous licencié ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Type : Date :
2	Pratiquez-vous la compétition ?			Depuis quelle année ?
	Sur quel type de véhicule ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	1. Aéroglisseur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cylindrée : cc
	2. Hors-bord en eaux intérieures	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cylindrée : cc Catégorie :
	Avec habitacle de sécurité ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	3. Hors-bord off-shore (en mer)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Avec habitacle de sécurité ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	a. Classe I	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cylindrée : cc
	b. Classe II	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cylindrée : cc
	c. Classe III	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cylindrée : cc
	4. Jet (scooter des mers)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cylindrée : cc
	5. Pneumatique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cylindrée : cc
	6. Autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Précisez :
				Cylindrée : cc
3	Epreuves des 12 prochains mois			
	1. Rallye Raid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui, depuis quelle année participez-vous à des raids ?
	a. Raids antérieurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nom des épreuves :
				Nombre de raids auxquels vous avez déjà participé :
	b. Raids dans les 12 mois à venir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nom des épreuves :
				Lieux des épreuves :
				Dates et durée des épreuves :
				Description des épreuves :
			
			
			
				Quel type de véhicule utiliserez-vous ?

Nom : Prénom : N° Adhérent :

			Non	Oui	
	2.	Autres compétitions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nom des épreuves :
				
				
					Lieux des épreuves :
				
				
					Type de véhicule utilisé :
				
4	Accidents survenus lors de la pratique du motonautisme :				
	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.