

N° Adhérent : Date de naissance :

NOM et PRENOM :

Grade : Fonction :

Lieu d'affectation :

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

		Non	Oui	Commentaires
1	Faites-vous partie du personnel administratif ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Faites-vous partie du personnel actif ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2	Appartenez-vous à :			
	1 La gendarmerie départementale ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	2 La gendarmerie mobile ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	3 Une formation spécialisée ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	• Garde républicaine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	• Gendarmerie maritime ou fluviale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	• Gendarmerie de l'air	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	• Gendarmerie de l'armement (surveillance d'entrepôt de munitions)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	• Brigade spécialisée (GIGN, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Précisez :
	• Unité de recherche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	• Brigade motorisée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	• Autre :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Précisez :
3	Utilisez-vous les moyens de locomotion suivants pour votre travail ?			
	1 Avion :			
	• Pilote	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	• Passager	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	2 Hélicoptère :			
	• Pilote	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	• Passager	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	3 Cycle à moteur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	4 Cheval	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Spécialités		
	1 Parachutisme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2 Surveillance, recherche, sauvetage en montagne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	3 Dressage et utilisation de chiens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	4 Plongée (recherche, travaux subaquatiques)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	5 Surveillance, sauvetage en mer, lac, rivière (maître nageur)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	6 Manipulation d'explosifs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	7 Déminage terrestre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	8 Déminage subaquatique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	9 Recherches, sauvetages sous terre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	10 Autre :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Précisez :

GENDARMERIE - N° 15081

2/2

Nom : Prénom : N° Adhérent :

5	Accidents survenus dans l'exercice de votre métier :	
	a.	Dates et circonstances :
	b.	Nature et localisation des lésions :
	c.	Hospitalisation(s) éventuelle(s) avec ou sans intervention(s) chirurgicale(s) :
	d.	Traitement(s) suivi(s) et durée(s) :
	e.	Séquelles :

IMPORTANT : Il reste bien entendu que si, par la suite, vous effectuez des vols ou des sauts 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.

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.orias.fr)
Autorité de Contrôle Prudentiel - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.



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