

N° Adhérent : Date de naissance :

NOM :

Grade : Fonction :

Lieu d'affectation :

Prière de cocher les cases correspondantes et de fournir tout commentaire ou date en regard des réponses affirmatives lorsque cela est souhaité.

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

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 :
e.	Séquelles :

Ce questionnaire est rempli impérativement par la personne à assurer ; toutes les réponses aux questions sont obligatoires.

IMPORTANT : Je soussigné(e) certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité aux questions ci-dessus, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'assureur (étant bien entendu que les articles L113.8 et L113.9 du Code des Assurances prescrivent la nullité de l'assurance ou la réduction des garanties en cas de fausse déclaration).

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 précitées ci-dessus, la garantie ne sera accordée que si vous avez reçu de votre assureur les nouvelles conditions de couverture.

A

le

Signature de la personne à assurer
(précédée de la mention « lu et approuvé »)

X

APRIL ASSURANCES UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

Siège social,

Immeuble Aprilium

114 boulevard Marius Vivier Merle

69439 LYON Cedex 03

Fax 04 78 53 65 18 - Internet 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 des Assurances et des Mutuelles - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.