



# Questionnaire Journaliste - Photographe & Caméraman de presse

Nom : ..... Prénom : ..... N° Adhérent : .....

		Non	Oui			
2	<b>Décrivez les particularités de votre poste</b>					
	<b>1.</b>	<b>Réalisez-vous des documentaires ou reportages, sur les thèmes suivants :</b>				
	<b>a.</b>	phénomènes naturels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>b.</b>	catastrophes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>c.</b>	guerre, troubles socio-politiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>d.</b>	montagne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, escalade <input type="checkbox"/> , trekking <input type="checkbox"/> alt. max :.....	
	<b>e.</b>	plongée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, profondeur maximum :.....	
	<b>f.</b>	sites souterrains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez :.....	
	<b>2.</b>	<b>Utilisez-vous des appareils aériens ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez ci-dessous : ▼	
	<b>a.</b>	un avion de plus de 30 places	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pilote <input type="checkbox"/>	passager <input type="checkbox"/>
	<b>b.</b>	un avion de moins de 30 places	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>c.</b>	hélicoptère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>d.</b>	ULM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>e.</b>	parapente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>f.</b>	delta plane - aile delta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>g.</b>	planeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>h.</b>	ballon dirigeable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>i.</b>	ballon libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>j.</b>	ballon captif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>k.</b>	autres précisez :.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>l.</b>	couverture aérienne de rallye, raids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>3.</b>	<b>Utilisez-vous d'autres moyens de transport ?</b>				
	<b>a.</b>	moto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	indiquez la cylindrée :.....cc	
	<b>b.</b>	auto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>c.</b>	train	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>d.</b>	autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez :.....	
3	<b>Avez-vous déjà été victime :</b>				Date	Pays
	<b>a.</b>	d'agressions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
	<b>b.</b>	d'attentats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
	<b>c.</b>	de kidnapping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
4	<b>Accidents survenus dans l'exercice de votre métier :</b>					
	<b>1.</b>	<b>Dates et circonstances :</b>	.....			
	<b>2.</b>	<b>Nature et localisation des lésions :</b>	.....			
	<b>3.</b>	<b>Hospitalisation(s) éventuelle(s) avec ou sans intervention(s) chirurgicale(s) :</b>	.....			
	<b>4.</b>	<b>Traitement(s) suivi(s) et durée :</b>	.....			
	<b>5.</b>	<b>Séquelles :</b>	.....			

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.

A ..... le .....

**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.

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

X

