

N° Adhérent : .....  M.  Mme.  Mlle.  
 NOM et PRENOM : .....  
 Adresse : .....  
 Date de naissance : ..... Profession : .....  
 Ancienneté : ..... Grade : ..... 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	
1	<b>Dans quel corps êtes-vous engagé(e) ?</b>			
	<b>1. Administration militaire</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>a.</b> service administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>b.</b> service santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>2. Armée de l'Air</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>a.</b> Service défense antiaérienne (sol - air)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>b.</b> Guidage-radar, contrôle aérien militaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>c.</b> pilote d'essai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- sur avion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- sur hélicoptère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	pilotez-vous :			
	- des prototypes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- des appareils homologués	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>d.</b> autre naviguant :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	sur quel type d'appareils			
	- chasseur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- bombardier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- chasseur-bombardier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- patrouilleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- avion de reconnaissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- avion de transport de troupes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- hélicoptère d'attaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	de transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez : .....
	<b>2. Armée de Terre</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>a.</b> artillerie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>b.</b> chasseurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>c.</b> chasseurs alpins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>d.</b> force d'attaque hélicoptérée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>e.</b> troupe blindée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>f.</b> défense antiaérienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>g.</b> fortification, aménagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>h.</b> autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez : .....

# Questionnaire Militaire

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

		Non	Oui		
	<b>3. Marine</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>a.</b> marin, matelot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>b.</b> fusilier marin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>c.</b> équipage de sous-marin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>d.</b> nageur de combat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>e.</b> pilote d'avion, d'hélicoptère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>f.</b> autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>4. Autre unité militaire</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>a.</b> Précisez : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nature de votre activité : .....	
				.....	
	<b>b.</b> pilotez-vous des appareils aériens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels : .....	
2	<b>Pratiquez-vous les activités suivantes :</b>				
	<b>1. Démonstration aérienne</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
	<b>2. Parachutisme</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
	<b>3. Commando, paracommando</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>4. Déminage</b>				
		terrestre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		subaquatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	<b>Etes-vous membre d'une force d'intervention ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nature des interventions : .....	
	<b>1. Etes-vous appelé(e) à intervenir dans des pays en état de trouble ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lieu de vos précédentes missions : .....	
	<b>2. Devez-vous stationner dans des pays en état de trouble dans les 12 prochains mois ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels : .....	
	<b>a.</b> dates des missions : .....			Durée prévue des missions : .....	
				.....	
4	<b>Accidents survenus dans l'exercice de votre métier :</b>				
	<b>1. Dates et circonstances :</b>			.....	
	<b>2. Nature et localisation des lésions :</b>			.....	
	<b>3. Hospitalisation(s) éventuelle(s) avec ou sans intervention(s) chirurgicale(s) :</b>			.....	
	<b>4. Traitement(s) suivi(s) et durée :</b>			.....	
	<b>5. 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 .....

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

