

N° Adhérent : M. Mme. Mlle.
 NOM et PRENOM :
 Adresse :
 Date de naissance : Profession :
 Employeur :

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

		oui	non	
1	Travaillez-vous pour :			
	1. Une compagnie pétrolière ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2. Un sous-traitant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	3. Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez:.....
2	Votre travail implique-t-il :			
	1. Des activités manuelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2. L'usage d'explosifs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	3. L'usage de l'hélicoptère ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Travaillez-vous à terre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez les pays où vous exercez :
	si oui indiquez :			▼
	1. En atelier ou salle de contrôle uniquement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Sur site d'exploration, forage, sondage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Au transport ou à la pose de pipelines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. En raffinerie ou usine pétrochimique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. Chimie, recherche scientifique et technique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nature des travaux :.....		

	Matériel utilisé :.....		

	Type de produits utilisées :.....		

	Siège des travaux (laboratoire...) :.....		

Questionnaire Pétrol - Gaz

Nom : Prénom : N° Adhérent :

		oui	non	
4	Travaillez-vous en mer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	1. Sur quel type d'installation ?			
	- sur barges de travail (hors forage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- sur plates-formes fixes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- sur plates-formes mobiles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez :
				<input type="checkbox"/> Jack-up
				<input type="checkbox"/> Submersible
				<input type="checkbox"/> Semi-submersible
				<input type="checkbox"/> Drill ship (bateau de forage)
				<input type="checkbox"/> Drill barge (barge de forage)
				<input type="checkbox"/> sur une autre structure (précisez) :
			
	2. Où l'installation est-elle située ?			
	Mer du Nord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Golfe du Mexique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Asie, Moyen-Orient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Amérique du Nord, du Sud et Centrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez :
			
	3. Dans le cadre de votre activité professionnelle, êtes-vous :			
	Pilote d'hélicoptère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Plongeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui,
				<input type="checkbox"/> à moins de 80 mètres
				<input type="checkbox"/> à plus de 80 mètres
5	Accidents survenus dans l'exercice de votre métier :			
	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 :		
	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.

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.


april
ASSURANCES