

N° Adhérent : Date de naissance :

NOM :

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	Commentaires
1	Caractéristiques générales de votre poste :			
	1. Quel est la nature de votre emploi ?			
	a. administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ancienneté dans votre poste actuel :
	b. actif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Exercez-vous :			
	a. en civil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b. en uniforme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	3. Utilisez-vous une arme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, laquelle :
			
2	Quelle est votre attribution principale ?			
	a. sécurité et ordre public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b. prévention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c. enquêtes judiciaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d. secours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	e. autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez :
			
3	Quel est la limite géographique de votre secteur d'intervention ? :			
	a. un quartier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez :
	b. une ville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. une ville et ses alentours proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d. un département	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e. une région	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f. un état	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	g. autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Appartenez-vous à une unité spécialisée ?			
	Si oui : a. une compagnie spécialisée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indiquez le nom complet de votre unité :
			
	b. une brigade spécialisée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Décrivez les principales fonctions de votre unité :
			
	c. autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			
5	Avez-vous une spécialité professionnelle ?			
	a. maître-nageur sauveteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez :
	b. sauveteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. motard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d. pilote d'avion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e. pilote d'hélicoptère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f. autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questionnaire Police

Nom : Prénom : N° Adhérent :

6 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.


april
ASSURANCES