

# Questionnaire Pompier - Secouriste & Sécurité Civile

N°15083

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

Prrière 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>Etes-vous ?</b>			ancienneté	Lieu d'exercice de l'activité
	<b>1. Pompier</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis le.....	
	<b>Secouriste</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis le.....	
	<b>Membre de la Sécurité Civile</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis le.....	
	<b>2. Bénévole</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>Professionnel</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>Autre situation</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez :.....	
2	<b>Utilisez-vous un appareil aérien dans le cadre de votre activité ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	si oui, précisez :				
	<b>1. Type d'appareil utilisé :</b>				
	avion de moins de 30 places	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	hélicoptère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez :.....	
	<b>2. En tant que :</b>				
	pilote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	passager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>3. But de l'utilisation :</b>				
	vol de secours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	lutte anti-feu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez :.....	
3	<b>Etes-vous spécialisé dans un domaine ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	si oui, précisez :				
	<b>1. Déminage</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	terrestre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	subaquatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>2. Plongée</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>3. Produits dangereux</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	nucléaire, produits radioactifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	produits explosifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	produits inflammatoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	produits corrosifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	autres produits chimiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez :.....	

# Questionnaire Pompier - Secouriste & Sécurité Civile

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

		Non	Oui	
	<b>4. Interventions difficiles</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	sous-terre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	haute montagne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	mer, lac, rivière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	autres lieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>5. Autres spécialités</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez : .....
				.....
				.....
<b>4</b>	<b>Accidents survenus dans l'exercice de votre activité :</b>			
	<b>1. Dates et circonstances :</b>	.....		
		.....		
	<b>2. Natures et localisations 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](http://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](http://www.orias.fr))  
Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

