

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	Etes-vous ?				ancienneté	Lieu d'exercice de l'activité
	1.	Pompier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis le.....	
		Secouriste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis le.....	
		Membre de la Sécurité Civile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis le.....	
2	2.	Bénévole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		Professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		Autre situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez :.....	
	Utilisez-vous un appareil aérien dans le cadre de votre activité ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	si oui, précisez :					
3	1.	Type d'appareil utilisé :				
		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 :.....	
	2.	En tant que :				
		pilote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		passager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	3.	But de l'utilisation :				
		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	Etes-vous spécialisé dans un domaine ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	si oui, précisez :					
	1.	Déminage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		terrestre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		subaquatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	2.	Plongée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	3.	Produits dangereux	<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	
4.	Interventions difficiles	<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"/>	
5.	Autres spécialités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez :
			
			
4	Accidents survenus dans l'exercice de votre activité :			
1.	Dates et circonstances :		
			
2.	Natures et localisations 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.

