

N° Adhérent : M. Mme. Mlle.

NOM et PRENOM :

Date de naissance :

Sport pratiqué : Position occupée (s'il y a lieu) :

Nom du club : Date d'expiration du contrat professionnel :

Date d'entrée dans le circuit professionnel :

Autre sport pratiqué (à titre amateur) :

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	Exercez-vous actuellement votre activité de sportif professionnel sans restriction (enchaînement, match, compétition...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si non, depuis quelle date ? Motif ? Durée prévue de l'indisponibilité ?
2	Au cours des deux dernières années, avez-vous été atteint d'une maladie ayant justifié l'arrêt, pendant plus de 15 jours, de l'entraînement ou des matchs de compétition ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? Date : Durée de l'indisponibilité ?
3	Etes-vous atteint d'une affection congénitale ou d'une maladie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? :
4	Avez-vous suivi au cours des 5 dernières années ou suivez-vous actuellement un traitement d'une durée supérieure à 3 semaines ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui lequel ? Pourquoi ?
5	Au cours des dix dernières années, avez-vous subi des interventions chirurgicales (autre qu'une appendicectomie, une ablation des amygdales ou des végétations) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui lesquelles ? Pourquoi ?
6	<ul style="list-style-type: none"> Avez vous ou non subi un test de dépistage de la séroposivité à l'un des virus de l'immunodéficience humaine ? Avez-vous eu une infection conséquence d'une immunodéficience acquise? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dates – durées – motifs ? Résultats :
7	Etes-vous atteint d'une affection auditive ou visuelle (autre que myopie, presbytie ou astigmatisme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez : Origine :
8	Devez-vous être hospitalisé prochainement ou subir des examens médicaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand – pour quel(s) motif(s) :

Questionnaire Sportifs professionnels

Nom : Prénom : N° Adhérent :

		Non	Oui
9	Au cours des deux dernières années, avez-vous ressenti ou ressentez-vous une gêne ou une douleur récidivante ou chronique dans l'exercice de votre activité professionnelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Au cours des deux dernières années, avez-vous été victime d'un ou plusieurs accidents dans le cadre de la vie privée, de vos activités professionnelles ou de vos activités sportives de loisirs vous ayant obligé à arrêter, 15 jours ou plus, l'entraînement ou la participation à des matchs de compétition ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question 9 : Si vous répondez OUI, vous devez fournir un certificat du Médecin qui vous suit sous l'angle sportif donnant toutes précisions sur les symptômes, le diagnostic, les résultats des examens pratiqués, les traitements et un avis pronostique.

Question 9 ou 10 : si vous avez répondu OUI, vous êtes prié de compléter l'Annexe jointe.

11	Etes-vous actuellement titulaire d'assurance de personnes (décès, incapacité, invalidité) ? Si oui, date d'effet – nom de la compagnie – garanties – montants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Avez-vous fait l'objet d'un refus, d'un ajournement, d'une restriction ou d'une surprime pour un précédent contrat d'assurances de personnes ? Si oui, date - motif – nom de la compagnie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Avez-vous par ailleurs des propositions en cours ou envisagez-vous d'en soumettre ? Si oui, nom de la compagnie – garanties – montants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je certifie exacts les renseignements donnés ci-dessus et déclare accepter la communication de ces informations au médecin-conseil d'APRIL Assurances. Je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera la nullité des garanties de l'adhésion, leur résiliation ou leur réduction en application des articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances.

A le

Signature de la personne à assurer
(précédée de la mention « lu et approuvé »)

X

La Compagnie invite la personne à assurer à communiquer au médecin-conseil, sous pli confidentiel, les divers documents médicaux en sa possession et susceptibles de faciliter l'appréciation de son état de santé.
Ceci pour éviter chaque fois que possible une visite médicale ou d'autres examens que la Compagnie se réserve le droit de demander lors de la souscription du contrat.

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.



Questionnaire Sportifs professionnels - Annexe

Nom : Prénom : N° Adhérent :

		Non	Oui	
1	Avez-vous été blessé; avez-vous souffert, ou été opéré de :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez (avec dates d'intervention et ou arrêt de travail)
	• la tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• le cou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• l'épaule droite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• l'épaule gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• le thorax (côtes incluses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• le dos supérieur (rachis thoracique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• le dos inférieur (rachis lombaire, sacrum et coccyx)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• le pelvis, les hanches (y compris les os pubiens)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• l'abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• le bras droit (coude inclus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• le bras gauche (coude inclus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• la main droite (poignet et pouce inclus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• la main gauche (poignet et pouce inclus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• la cuisse droite (muscles ischio-jambiers inclus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• la cuisse gauche (muscles ischio-jambiers inclus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• le genou droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• le genou gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• la jambe droite (cheville et tendon d'Achille inclus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• la jambe gauche (cheville et tendon d'Achille inclus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• le pied droit (doigts du pied inclus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• le pied gauche (doigts du pied inclus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Dates d'indisponibilité (1) jour..... mois..... année..... (2) jour..... mois..... année..... (3) jour..... mois..... année.....			
3	Dates de reprise des matchs de compétition (1) jour..... mois..... année..... (2) jour..... mois..... année..... (3) jour..... mois..... année.....			
4	Y a-t-il eu hospitalisation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, motif et joindre le compte rendu du bilan de sortie
5	Y a-t-il eu intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, nature et joindre le compte rendu opératoire

Questionnaire Sportifs professionnels

Nom : Prénom : N° Adhérent :

		Non	Oui	
6	Avez-vous subi des investigations telles que radiographie, scanner, IRM ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez lesquelles et joindre les résultats
7	Avez-vous subi un traitement autre que chirurgical tel que plâtre, kinésithérapie... ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date et nature :
8	Avez-vous conservé une gêne ou un handicap résultant du ou des accidents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, fournir un certificat du Médecin qui vous suit sous l'angle sportif décrivant les séquelles précises avec avis pronostique

Je certifie exacts les renseignements donnés ci-dessus et déclare accepter la communication de ces informations au médecin-conseil d'APRIL Assurances. Je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera la nullité des garanties de l'adhésion, leur résiliation ou leur réduction en application des articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances.

A le

Signature de la personne à assurer
(précédée de la mention « lu et approuvé »)

X

La Compagnie invite la personne à assurer à communiquer au médecin-conseil, sous pli confidentiel, les divers documents médicaux en sa possession et susceptibles de faciliter l'appréciation de son état de santé.

Ceci pour éviter chaque fois que possible une visite médicale ou d'autres examens que la Compagnie se réserve le droit de demander lors de la souscription du contrat.

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