

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.

AVIATION - EXPERIENCE / FORMATION

- Brevet :
 Date d'obtention : ____ / ____ / ____ Date de renouvellement : ____ / ____ / ____
 - Autres brevets envisagés : Quand ?
 - Nombre total d'heures de vol :
 Au cours des douze derniers mois :

VOLS ACTUELS ET FUTURS (12 prochains mois)

Professionnel Amateur Civil Militaire

Employeur :

- Type de matériel utilisé :

- Zone(s) géographique(s) :

- Nombre probable d'heures de vol dans l'année :

- Types de vols :

<input type="checkbox"/> ligne régulière	<input type="checkbox"/> taxi
<input type="checkbox"/> charter	<input type="checkbox"/> tourisme
<input type="checkbox"/> acrobatie, voltige, démonstration	<input type="checkbox"/> prototype, essais
<input type="checkbox"/> aviation régionale	<input type="checkbox"/> saupoudrage, désinsectisation
<input type="checkbox"/> vol à voile, planeur	<input type="checkbox"/> autres vols (reportages, vols de secours)
<input type="checkbox"/> exploit, record. Si oui, commentaire succinct :	

ACCIDENTS

Date de survenance : ____ / ____ / ____
 Description et suites :

Nom : Prénom : N° Adhérent :

AUTRES ACTIVITES AERIENNES

Delta-plane ULM Montgolfière, dirigeable

Autre : laquelle ?

- Type de matériel utilisé :

- But des vols :

loisirs professionnel exploit, record. Si oui, commentaire :

- Nombre total d'heures de vol :

Au cours des douze derniers mois :

- Nombre probable d'heures de vol dans l'année :

- Zone(s) géographique(s) :

PARACHUTISME - EXPERIENCE ET FORMATION

- Brevet :

Date d'obtention : ____ / ____ / ____ Date de renouvellement : ____ / ____ / ____

- Nombre total de sauts :

Au cours des douze derniers mois :

SAUTS ACTUELS ET FUTURS (12 prochains mois)

Professionnel Amateur Civil Militaire

- Zone(s) géographique(s) :

- Types de sauts :

saut à ouverture automatique (SOA) chute libre, ouverture retardée, vol relatif

ascensionnel terre parapente mer

- Si exploit ou record, commentaire succinct :

ACCIDENTS DE PARACHUTISME

Date de survenance : ____ / ____ / ____

Description et suites :

RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS

Autres renseignements et détails pour fixer les conditions de couverture du risque :

.....
.....
.....
.....

IMPORTANT : Il reste bien entendu que si, par la suite, vous effectuez des vols ou des sauts 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.
Je certifie avoir répondu consciencieusement au questionnaire susmentionné qui est destiné à faire partie intégrante de ma proposition d'assurance.

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