

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.

1	Exercice de la profession			Non	Oui		
	1.	Etes-vous :	indépendant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			salarié intermittent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			salarié permanent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	2.	Dans quel secteur exercez-vous ?					
	a.	cinéma		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	b.	télévision		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	c.	publicité		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	d.	cirque		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	e.	spectacles de cascades		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	f.	autres		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez :	
2	Réalisez-vous des cascades aériennes ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, répondez aux questions suivantes : ▼	
	1.	Utilisez-vous des appareils motorisés ?				en tant que :	nombre d'heures :
						pilote	passager
					hans
			avion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			hélicoptère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			ULM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			autre appareil à moteur : (précisez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						
	2.	Utilisez-vous des appareils non motorisés ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
						Vous lancez-vous de sommets de + de 3000 m ?	
	a.	delta plane		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
	b.	parapente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
	c.	planeur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nb d'heures par an :	depuis :
	d.	ballon		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> dirigeable	<input type="checkbox"/> libre <input type="checkbox"/> captif
	e.	parachute		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> automatique	<input type="checkbox"/> retardé <input type="checkbox"/> ascensionnel
	3.	Effectuez-vous des acrobaties ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avec quel appareil ?	
3	Réalisez-vous des cascades sur d'autres appareils motorisés ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De quel type ?	Quelle cylindrée ?
	1.	automobile		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>CC
	2.	moto		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>CC
	3.	bateau		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>CC
	4.	autres		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>CC
4	Pratiquez-vous le combat ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	1.	À mains nues		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez:	
	2.	À l'arme blanche		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez:	
	3.	Avec d'autres armes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez:	

Questionnaire Cascadeur

Nom : Prénom : N° Adhérent :

			Non	Oui	
5	Réalisez-vous des cascades avec ?				
	1.	Le feu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2.	Des produits inflammables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels :
	3.	Des produits explosifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels :
	4.	Des produits corrosifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels :
	5.	Des animaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels :
6	Tentez-vous des records ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Décrivez :
				
7	Réalisez-vous des cascades qui n'ont pas été décrites dans ce questionnaire ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Décrivez précisément les réalisations, le matériel et les produits utilisés :				
				
				
				
8	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. 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.

