

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.

BREVETS (Civils - Militaires)

- Description : Obtenu le :/...../.....

- Dernier renouvellement le :/...../.....

Autres brevets envisagés :

EXPERIENCE

- Type de vol : parapente deltaplane

Préciser : sans moteur Descente de sommets de + de 3 000 mètres

voltige, acrobatie

para-moteur essai de matériel

records, tentatives de records

- Pratique à titre : amateur moniteur – instructeur autre professionnel, préciser :

- Nombre d'heures de vol :

- Nombre de sauts effectués :

- Nombre total d'heures de vol au cours des 12 derniers mois :

- Nombre probable d'heures de vol au cours des 12 prochains mois :

à titre professionnel : à titre amateur :

- Nombre de sauts prévus dans les 12 prochains mois :

à titre professionnel : à titre amateur :

- Description du matériel utilisé :

COMPETITION

- Participez-vous à des compétitions ?

oui non

Si oui, nature des épreuves :

Depuis quelle année :

Questionnaire Deltaplane - Parapente

N° Adhérent : Nom : Prénom :

ACCIDENTS

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 du deltaplane ou du parapente 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

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.

