

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	Type de moto utilisée :				Marque et modèle	Cylindrée		
	1.	Routière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>CC		
	2.	Trail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>CC		
	3.	Tout-terrain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>CC		
	4.	Side-car	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>CC		
	5.	Quad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>CC		
2	Utilisation de la moto :				Depuis quelle année utilisez-vous une moto ?			
	1.	transport routier - promenade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indiquez le kilométrage annuel moyen :km / an			
	2.	sport de loisir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	3.	sport de compétition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, répondez aux questions 3... ci-dessous : ▼			
3	Vous pratiquez la compétition :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amateur <input type="checkbox"/> Professionnel <input type="checkbox"/> Décrivez votre activité			
	1.	Side-car	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis quelle année?.....			
	a.	vitesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre annuel de compétitions/ an			
	b.	côte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre annuel de compétitions/ an			
	c.	rallyes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre annuel de compétitions/ an			
	d.	cross	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre annuel de compétitions/ an			
	e.	trial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre annuel de compétitions/ an			
	f.	piste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre annuel de compétitions/ an			
	2.	Vitesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis quelle année ?.....			
	a.	endurance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CylindréeCC	Nb de compétitions/ an
	b.	Man Trophy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CC	/ an
	c.	motos de série	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CC	/ an
	d.	autre course de vitesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CC	/ an
	e.	motos anciennes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CC	/ an
	3.	Côtes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CC	/ an
4.	Rallye routier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CC		...../ an	
5.	Championnat tout-terrain Moto-cross (sans Supercross)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
a.	internationaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cylindrée	.....CC	Nb de compétitions	...../ an
b.	nationaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CC		...../ an	
c.	régionaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CC		...../ an	
6.	Trial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CC		...../ an	
7.	Enduro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
a.	international	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cylindrée	.....CC	Nb de compétitions	...../ an
b.	national	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CC		...../ an	
8.	Supercross	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis :.....			...../ an
9.	Supermotard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis :.....			...../ an

Questionnaire Motocyclisme

Nom : Prénom : N° Adhérent :

		Non	Oui		
	10. Piste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	a. grass-track	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	b. speedway	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	11. Glace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	12. Quad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	13. Moto-ball	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	14. Dragster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	a. Pro-stock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis :	Nb de compétitions/ an
	b. Compétition Bike	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis :	Nb de compétitions/ an
	15. Scooters des neiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	a. compétitions de vitesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis :	Nb de compétitions/ an
	b. raids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, répondez aux questions 4 ci-dessous :	
4	Participation à des Raids :			▼	
	1. Raid aventure (sans compétition)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, depuis quelle année participez-vous à des raids ?	
	a. raids antérieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom des épreuves :	
				Nombre de raids auxquels vous avez déjà participé :	
	b. raids dans les 12 mois à venir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom des épreuves :	
				Lieux des épreuves :	
	Type de moto utilisée?.....			Dates et durée des épreuves :	
	.....			Description des épreuves :	
				
	2. Raid marathon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, depuis quelle année participez-vous à des raids ?	
	a. raids antérieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom des épreuves :	
				Nombre de raids auxquels vous avez déjà participé :	
	b. raids dans les 12 mois à venir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom des épreuves :	
				Lieux des épreuves :	
	Type de moto utilisée?.....			Dates et durée des épreuves :	
	.....			Description des épreuves :	
				
5	Accidents survenus lors de la pratique du motocyclisme :				
	1. Dates et circonstances :				.....
	2. Nature et localisation 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

