

N° Adhérent : .....  M.  Mme.  Mlle.

NOM et PRENOM : .....

Adresse : .....

Date de naissance : ..... Profession : .....

Employeur : .....

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	<b>Pratique du motonautisme :</b>				
	<b>1. Statut</b>				
	a. amateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	b. professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>2. Véhicule utilisé</b>				
	a. hors-bord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	b. aéroglisseur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	c. jet (scooter des mers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	d. autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez:.....	
	<b>3. But de l'utilisation</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	a. transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	b. loisir (sans compétition)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	c. sport de compétition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, répondez aux questions 2... ci-dessous : ▼	
	<b>4. Possédez-vous un permis ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N°.....	Date de délivrance :.....
	<b>5. Etes-vous licencié ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Type :.....	Date :.....
2	<b>Pratiquez-vous la compétition ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis quelle année ?.....	
	Sur quel type de véhicule ?				
	<b>1. Aéroglisseur</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cylindrée :.....cc	
	<b>2. Hors-bord en eaux intérieures</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cylindrée :.....cc	Catégorie :.....
	Avec habitacle de sécurité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>3. Hors-bord off-shore (en mer)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Avec habitacle de sécurité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	a. Classe I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cylindrée :.....cc	
	b. Classe II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cylindrée :.....cc	
	c. Classe III	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cylindrée :.....cc	
	<b>4. Jet (scooter des mers)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cylindrée :.....cc	
	<b>5. Pneumatique</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cylindrée :.....cc	
	<b>6. Autre</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez:.....	
				Cylindrée :.....cc	
3	<b>Epreuves des 12 prochains mois</b>				
	<b>1. Rallye Raid</b>	<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 :.....	
				Dates et durée des épreuves :.....	
				Description des épreuves :.....	
				.....	
				.....	
				.....	
				Quel type de véhicule utiliserez-vous ?.....	

# Questionnaire Motonautisme

Nom : ..... Prénom : ..... N° Adhérent : .....

		Non	Oui		
	<b>2.</b>	<b>Autres compétitions</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom des épreuves : .....
					.....
					.....
					Lieux des épreuves : .....
					.....
					.....
					Type de véhicule utilisé : .....
					.....
<b>4</b>	<b>Accidents survenus lors de la pratique du motonautisme :</b>				
	<b>1.</b>	<b>Dates et circonstances :</b>	.....		
	<b>2.</b>	<b>Nature et localisation des lésions :</b>	.....		
	<b>3.</b>	<b>Hospitalisation(s) éventuelle(s) avec ou sans intervention(s) chirurgicale(s) :</b>	.....		
	<b>4.</b>	<b>Traitement(s) suivi(s) et durée :</b>	.....		
	<b>5.</b>	<b>Séquelles :</b>	.....		

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](http://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](http://www.orias.fr))  
Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

