

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.

1	Pratique du sport automobile		Non	Oui		
	<b>1.</b>	<b>Statut</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>a.</b>	amateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>b.</b>	professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>2.</b>	<b>Possédez-vous une licence ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date.....	N°.....
	<b>3.</b>	<b>Pratiquez-vous la compétition ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>4.</b>	<b>Quel véhicule pilotez-vous ?</b>				
		automobile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marque.....	
		camion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cylindrée.....	moteur.....
<b>2</b>	<b>Description des compétitions</b>				Nombre et nom des épreuves des 12 prochains mois :	
	<b>1.</b>	<b>Circuit</b>				
	<b>a.</b>	Monoplaces				
		F1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		F3000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		F3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		Formule libre (INDY)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		Formules nationales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>b.</b>	Prototype				
		Championnat international	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		Championnat national	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>c.</b>	Supertourisme				
		Cat. des moins de 2 litres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		Cat. des plus de 2 litres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>d.</b>	Formule de promotion				
		inf. à 1300 cc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		1300 cc à 2000 cc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		supérieur à 2000 cc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>e.</b>	Courses de camions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>2.</b>	<b>Rallyes</b>				
	<b>a.</b>	International	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>b.</b>	National	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>c.</b>	Régional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>d.</b>	Concentration touristique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>3.</b>	<b>Tout terrain</b>				
	<b>a.</b>	Rallye-cross				
		International	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		National	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		Régional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>b.</b>	Pop-cross	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>c.</b>	Trial tout terrain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>d.</b>	Raid tout terrain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, répondez aux questions 3... (verso) :	

# Questionnaire Sports automobiles

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

		Non	Oui	
<b>4.</b>	<b>Course de côtes</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Dans quelle catégorie ?			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N
<b>5.</b>	<b>Autres types de compétitions</b>			Nombre et nom des épreuves des 12 prochains mois :
<b>a.</b>	Circuit sur glace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>b.</b>	Circuit de vitesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>c.</b>	Karting			
	Inférieur à 200 cc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	200 cc ou plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>d.</b>	Voitures anciennes			
	Monoplace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Prototype	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Précisez : .....			
<b>e.</b>	Tentative de record	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>d.</b>	Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Précisez : .....			
<b>3</b>	<b>Participation à des Raids</b>			Décrivez votre activité actuelle et future : .....
<b>1.</b>	<b>Raid aventure (sans compétition)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, depuis quelle année participez-vous à des raids ? :
<b>a.</b>	Raids antérieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom des épreuves : .....
				Nombre de raids auxquels vous avez déjà participé : .....
<b>b.</b>	Raids dans les 12 mois à venir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom des épreuves : .....
	Dans quelle catégorie ?			.....
	Auto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lieux des épreuves : .....
	Camion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dates et durée des épreuves : .....
	Assistance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Description des épreuves : .....
				.....
<b>2.</b>	<b>Raid Marathon</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, depuis quelle année participez-vous à des raids ? :
<b>a.</b>	Raids antérieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom des épreuves : .....
				Nombre de raids auxquels vous avez déjà participé : .....
<b>b.</b>	Raids dans les 12 mois à venir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom des épreuves : .....
	Dans quelle catégorie ?			.....
	Auto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lieux des épreuves : .....
	Camion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dates et durée des épreuves : .....
	Assistance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Description des épreuves : .....
				.....
<b>4</b>	<b>Accidents survenus lors de la pratique du sport automobile :</b>			
<b>a.</b>	Dates et circonstances : .....			
<b>b.</b>	Nature et localisation des lésions : .....			
<b>c.</b>	Hospitalisation(s) éventuelle(s) avec ou sans intervention(s) chirurgicale(s) : .....			
<b>d.</b>	Traitement(s) suivi(s) et durée : .....			
<b>e.</b>	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.

  
**april**  
ASSURANCES