

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.

EXPERIENCE / FORMATION

- Pratique de la voile depuis quand ? :
- Formation reçue :
- Au cours des 12 derniers mois :
- nombre de sorties :
- durée habituelle des sorties :
- navigation en haute mer : oui non
- participation à des courses : oui non
- nombre : type :
- nom :

TYPE DE MATERIEL UTILISE

- Monocoque Dériveur, quillard Formule 40
- Multicoque Catamaran léger Yacht
- Autres : lesquels ? :
- Longueur :
- Equipement électronique (radio, balises...) : oui non

SORTIES ACTUELLES ET FUTURES (12 prochains mois)

- Professionnel Amateur
- Lieu :
 - navigation côtière haute mer rivière, fleuve lac, plan d'eau artificiel
- Conditions :
 - seul équipage restreint équipage

Questionnaire Voile

Nom : Prénom : N° Adhérent :

Durée habituelle des sorties :		
Type de sorties	Nombre	Non (épreuves nationales et internationales)
<input type="checkbox"/> yachting, plaisance
<input type="checkbox"/> côtier
<input type="checkbox"/> longue traversée
<input type="checkbox"/> tour du monde
<input type="checkbox"/> régates
<input type="checkbox"/> courses de voiliers
<input type="checkbox"/> grandes courses
<input type="checkbox"/> tour du monde avec équipage
<input type="checkbox"/> longue traversée ou tour du monde en solitaire
<input type="checkbox"/> autres : lesquelles ?

Si exploit ou record, commentaire succinct :

.....

.....

.....

ACCIDENTS

Date de survenance : ____ / ____ / ____

.....

.....

.....

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 n'exercez plus votre activité dans les mêmes 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

