

# QUESTIONNAIRE

## Pompier

M.  Mme NOM et PRENOM : .....

	OUI	NON	
1			
Etes vous ?			
• volontaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• professionnel / militaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• administratif uniquement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2			
Pratiquez-vous l'une des opérations suivantes :			
• Intervention sur feux de forêts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre de jours par an : .....
• Plongée sous marine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre de plongées par an : ..... <i>Si, plus de 20 plongées par an veuillez remplir le questionnaire « Plongée »</i>
• Sauvetage en montagne incluant hélicoptère et technique d'alpinisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Intervention nécessitant d'être passager ou conducteur d'un hélicoptère ou d'un avion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre d'opérations par an : .....
• Intervention nécessitant des techniques d'escalade : sur paroi urbaine, sur site industriel ou en milieu naturel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre d'opérations par an : .....
• Intervention nécessitant des techniques de spéléologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre d'opérations par an : .....
• Intervention de déminage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Êtes-vous affecté en permanence sur une usine chimique ou un site nucléaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Êtes vous amenés à faire des missions à l'étranger (Hors Union Européenne) dans le cadre de votre activité professionnelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durée moyenne annuelle : .....

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 ..... 20....

Signature de la personne à assurer  
(précédée de la mention « lu et approuvé »)