

Nom Prénom

Né(e) le

Profession déclarée :

• **Dans quel corps**

- Administration militaire** Service administratif Service de santé
- Armée de l'air** Défense antiaérienne (sol/air) Guidage radar, contrôle aérien
- Pilote d'essai Autres navigants
- Pilote d'essai** Avion Hélicoptère – Essai de Prototypes Appareils homologués
- Autres navigants** Avion de reconnaissance Hélicoptère d'attaque
- Bombardier Hélicoptère de transport
- Chasseur Patrouilleur
- Chasseur bombardier Autre, précisez
- Armée de terre** Artillerie Fortification, aménagement
- Chasseurs / Chasseurs alpins Force d'attaque hélicoptérée
- Défense antiaérienne Troupe blindée
- Autre, précisez
- Marine** Marin, matelot Fusilier marin
- Equipage de sous-marin Nageur de combat
- Pilote d'avion, d'hélicoptère Autre, précisez
- Autre unité militaire** Non Oui Précisez Nature de votre activité et si vous pilotez des appareils aériens

• **Pratique des activités suivantes**

- Démonstrations aériennes Non Oui Parachutisme Non Oui Commando Non Oui
- Déminage terrestre Non Oui Déminage subaquatique Non Oui

• **Force d'intervention** Non Oui Précisez nature des interventions, lieu des missions déjà effectuées, lieu & dates des missions des 12 prochains mois

• **Si vous le souhaitez, apportez-nous des précisions sur les conditions d'exercice de cette activité**

• **Accidents survenus lors de la pratique de cette activité**

- Dates et circonstances :
- Nature et localisation des lésions :
- Hospitalisation(s) éventuelle(s) avec ou sans intervention(s) chirurgicale(s) :
- Traitement(s) suivi(s) et durée :
- 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).

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.

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 6janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés).

Fait à le

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

Mentions légales

SSN, S.A.S de courtage en assurances au capital social de 100 000 € - Siège social : 118, rue Roger Mathurin - CS 60021 -13395 Marseille Cedex 10 – 434 165 551 RCS Marseille – Immatriculée à l'ORIAS sous le numéro 07 002 208 (www.orias.fr) – Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes aux articles L 512-6 et L 512-7 du Code des assurances – sous le contrôle de l'ACPR, - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 (www.acpr.banque-france.fr) – Tél. 04.88.676.676 – SSN exerce son activité en application des dispositions de l'article L 521-2 II b du Code des assurances. Réclamations : SSN/Service Réclamations, 118 rue Roger Mathurin - CS 60021 - 13395 Marseille Cedex 10 – Médiation (uniquement après échec de la réclamation) : La Médiation de l'Assurance, Pole CSCA, TSA 50110 75441 Paris Cedex 09 ou le.mediateur@mediation-assurance.org