

À remplir à l'encre noire.

NOM et Prénom :

Date de naissance :  /  /

N° de police :

## Expérience / 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

## Accidents

Oui

Non

Date  /  /

Séquelles :

## Type de matériel utilisé

Monocoque

Dériveur, quillard

Formule 40

Multicoque

Catamaran léger

Yacht

Autres : lesquels ?

Équipement électronique (radio, balises, etc...)  Oui  Non

## Sorties actuelles et futures (dans les 12 prochains mois)

Professionnel

Amateur

Lieu :

Navigation côtière

Haute mer

Rivière, fleuve

Lac, plan d'eau artificiel

Zone(s) géographique(s)

Conditions

Seul

Equipage restreint

Equipage

Durée habituelle des sorties

Type of sorties :

Yachting, plaisance

Côtier

Longue traversée

Tour du monde

Régate

Courses de voiliers

Grandes courses

Tour du monde en équipage

Longue traversée ou

tour du monde en solitaire

Autres : lesquelles ?

Nombre

Nom (épreuves nationales et internationales)

Si exploit ou record, commentaire succinct

NOM et Prénom :

## Renseignements additionnels

Autres renseignements et détails dont la Compagnie doit avoir connaissance pour fixer les conditions de couverture du risque «Voile».

**IMPORTANT : Je certifie avoir répondu consciencieusement au questionnaire susmentionné qui est destiné à faire partie intégrante de ma proposition d'assurance.**

**Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance (art. L.113/8 du Code des Assurances)**

**Veillez adresser directement ce questionnaire à l'attention du Médecin-Conseil à [dip@metlife.fr](mailto:dip@metlife.fr)  
en précisant en objet de l'email le mot-clé «Médical»**

Fait à :  Le :  /  /

Signature de la personne à assurer