

Q16 Cascadeur

N° de Police :

À remplir à l'encre noire.

M. Mme Mlle

Nom et Prénom : Nom de jeune fille :

Adresse :

Date de naissance : / / Profession :

Employeur : Activité de l'entreprise :

Exercice de la profession

NON OUI

1	Etes-vous :	indépendant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		salarié intermittent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		salarié permanent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Dans quel secteur exercez-vous ?	cinéma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		publicité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		cirque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		spectacles de cascades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez : <input type="text"/>	

Réalisez-vous des cascades aériennes ?

Si oui, répondez aux questions suivantes :

1	Utilisez-vous des appareils motorisés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	en tant que :		nombre d'heures :	
				pilote	passager	par an	depuis
	avion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> h <input type="text"/> ans	
	hélicoptère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> h <input type="text"/> ans	
	ULM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> h <input type="text"/> ans	
	autre appareil à moteur : (précisez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> h <input type="text"/> ans	
	<input type="text"/>						

Utilisez-vous des appareils non motorisés ?

Vous lancez-vous de sommets de + de 3000 m ?

2	delta plane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	parapente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	planeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre d'heure par an <input type="text"/>	Depuis <input type="text"/>
	ballon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> dirigeable <input type="checkbox"/> libre	<input type="checkbox"/> captif
	parachute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> automatique <input type="checkbox"/> retardée	<input type="checkbox"/> ascensionnel

Effectuez-vous des acrobaties ?

Réalisez-vous des cascades sur d'autres appareils motorisés ?

De quel type ?

Cylindrée ?

1	automobile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> cc
2	moto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> cc
3	bateau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> cc
4	autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> cc

Pratiquez-vous le combat ?

1	à mains nues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez : <input type="text"/>
2	à l'arme blanche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez : <input type="text"/>
3	avec d'autres armes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez : <input type="text"/>

NOM et Prénom :

Réalisez-vous des cascades avec :

NON OUI

1	le feu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	des produits inflammables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? <input type="text"/>
3	des produits explosifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? <input type="text"/>
4	des produits corrosifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? <input type="text"/>
5	des animaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? <input type="text"/>

Tentez-vous des records ?

Décrivez les épreuves :

Réalisez-vous des cascades qui n'ont pas été décrites dans ce questionnaire ?

Décrivez précisément les réalisations, le matériel et les produits utilisés :

Accidents survenus dans l'exercice de votre métier :

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 :

IMPORTANT :

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.

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

Veuillez adresser directement ce questionnaire à l'attention du Médecin-Conseil à dip@metlife.fr en précisant en objet de l'email le mot-clé «Médical»

Fait à : Le : / /

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