

# Q1 Aviation - Parachutisme



À remplir à l'encre noire.

NOM et Prénom :

Date de naissance :

N° de police :

## Expérience / Formation

Brevet

Date d'obtention / / Date de renouvellement / /

Autres brevets envisagés Quand ? / /

Nombre total d'heures de vol

Nombre d'heures de vol au cours des 12 derniers mois

## Vols actuel et futurs (dans les 12 prochains mois)

Professionnel Employeur

Amateur

Civil  Militaire

Type de matériel utilisé

But des vols

Zone(s) géographique(s)

Nombre probable d'heures de vol dans l'année : heures

Type de vols :

Ligne régulière

Charter

Défense nationale (chasseur, bombardier, etc.)

Aviation régionale

Taxi

Prototype, essais

Exploit, record Si oui, commentaire succinct

Transport

Tourisme

Acrobatie, voltige, démonstration

Saupoudrage, désinsectisation

Vol à voile, planeur

Autres vols (reportages, vols de secours, surveillance, etc.)

## Autres activités aériennes

Delta-plane

ULM

Montgolfière, dirigeable

Autre : laquelle ?

But des vols :

Loisir

Professionnel

Exploit, record Si oui, commentaire succinct

Zone(s) géographique(s)

NOM et Prénom :

## Parachutisme

Professionnel

Amateur

Civil

Militaire

Types de sauts :

Saut à ouverture automatique (SOA)

Chute libre, ouverture retardée, vol relatif

Ascensionnel

Terre

Parapente

Mer

Si oui, commentaire succinct

Zone(s) géographique(s)

## Renseignements additionnels

Autres renseignements et détails dont la Compagnie doit avoir connaissance pour fixer les conditions de couverture des risques «Aviation - Parachutisme» :

**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