

Q32

Aéronautique (Appareils sans moteur)



À remplir à l'encre noire.

NOM et Prénom :

Date de naissance : / /

N° de police :

NON OUI

Si OUI, merci de préciser impérativement :

Types d'appareils utilisés :

	NON	OUI	amateur	professionnel	Heures de vols par an :	Pays où vous volez :
a) Delta plane / Aile Delta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b) Planeur (vol à voile)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 c) Aérostat :						
• Ballon dirigeable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
• Ballon libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
• Ballon captif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d) Autre (précisez) : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2 Votre matériel a-t-il subi des modifications ?

NON OUI

Précisez :

Effectuez-vous des vols d'essai ?

NON OUI

Si oui, décrivez la nature des essais :

Sur quel type d'appareil ?						
a) Delta plane / Aile Delta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>			
b) Planeur (vol à voile)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>			
3 c) Aérostat :						
• Ballon dirigeable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>			
• Ballon libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>			
• Ballon captif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>			
d) Autre (précisez) : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>			

Utilisations particulières :

4 a) Publicité, photographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>			
b) Rallye aérien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>			
c) Voltige aérienne, Acrobatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>			
d) Descente de sommets supérieurs à 3000 mètres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>			

5 Etes-vous membre d'un Club Aéronautique ?

NON OUI

Si oui, depuis quelle année ?

Compétitions actuelles et futures

6 a) Participez-vous à des compétitions ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nature des épreuves : <input type="text"/>
			Depuis quelle année ? <input type="text"/>
			Nom des épreuves : <input type="text"/>
b) Epreuves des 12 prochains mois :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nature des épreuves : <input type="text"/>
			Lieux : <input type="text"/>
			Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

Nature et date des licences et brevets obtenus, par appareil utilisé :

7	<input type="text"/>
----------	----------------------

NOM et Prénom :

Accidents survenus lors de l'activité aéronautique :

	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
a) Dates et circonstances :	<input type="text"/>
b) Nature et localisation des lésions :	<input type="text"/>
3 c) Hospitalisation(s) éventuelle(s) avec ou sans intervention(s) chirurgicale(s) :	<input type="text"/>
d) Traitement(s) suivi(s) et durée :	<input type="text"/>
e) Séquelles :	<input type="text"/>

IMPORTANT :

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

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