

À remplir à l'encre noire.

NOM et Prénom :

Date de naissance :

N° de police :

Expérience / Formation

Pratique de la motonautisme depuis quand ?

Formation reçue

Brevet de navigation : Oui Non

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

Hors-bord sport

Yacht, cabin cruiser

Offshore cl.1

Offshore cl.2

Formule 1 (USA)

Formule 2 ou O.N.

Rallye raid

Formule libre, thunderboat

Autres : lesquelles ?

Explorations 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)

Durée habituelle des sorties

Type of sorties :

Yachting, plaisance

Côtier

Longue traversée

Tour du monde

Motonautisme de loisir

Motonautisme de compétition

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 «Motonautisme».

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 en précisant en objet de l'email le mot-clé «Médical»

Fait à : Le : / /

Signature de la personne à assurer