

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 ?

Longueur

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

Équipage restreint

Équipage

Durée habituelle des sorties

Type de sorties :

Nombre

Nom (épreuves nationales et internationales)

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 ?

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)
Veuillez adresser directement ce questionnaire à dip@metlife.fr en précisant en objet de l'email le mot-clé « Médical » ou sous pli confidentiel à :
MetLife – Service Acceptation – TSA 36835 – 95939 ROISSY CH DE GAULLE CEDEX.**

Fait à :

Le : / /

Signature de la personne à assurer