

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 ?		
		salarié intermittent ?		
		salarié permanent ?		
2	Dans quel secteur exercez-vous ?	cinéma		
		télévision		
		publicité		
		cirque		
		spectacles de cascades		
	autres :		Précisez :	

Réalisez-vous des cascades aériennes ?

Si oui, répondez aux questions suivantes :

1	Utilisez-vous des appareils motorisés ?	en tant que :		nombre d'heures :		
			pilote	passager	par an	depuis
		avion			h	ans
		hélicoptère			h	ans
		ULM			h	ans
	autre appareil à moteur : (précisez)			h	ans	

2	Utilisez-vous des appareils non motorisés ?	Vous lancez-vous de sommets de + de 3000 m ?				
		delta plane	Oui	Non		
		parapente	Oui	Non		
		planeur	Nombre d'heure par an		Depuis	
		ballon	dirigeable	libre	captif	
		parachute	automatique	retardée	ascensionnel	

3 Effectuez-vous des acrobaties ?

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

De quel type ?

Cylindrée ?

1	automobile		cc
2	moto		cc
3	bateau		cc
4	autre :		cc

Pratiquez-vous le combat ?

1	à mains nues	Précisez :
2	à l'arme blanche	Précisez :
3	avec d'autres armes	Précisez :

NOM et Prénom :

Réalisez-vous des cascades avec :

NON OUI

1	le feu		
2	des produits inflammables	Lesquels ?	
3	des produits explosifs	Lesquels ?	
4	des produits corrosifs	Lesquels ?	
5	des animaux	Lesquels ?	

Décrivez les épreuves :

Tentez-vous des records ?

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).

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 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
(précédée de la mention «lu et approuvé»)