

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

Transport

Charter

Tourisme

Défense nationale (*chasseur, bombardier, etc.*)

Acrobatie, voltige, démonstration

Aviation régionale

Saupoudrage, désinsectisation

Taxi

Vol à voile, planeur

Prototype, essais

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

Exploit, record

Si oui, commentaire succinct

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)
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