

Q20 Safaris et chasse



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 :	

Quel est votre statut ?

NON OUI

1	Amateur	Si oui, décrivez votre fonction :
	Professionnel	

Pratiquez-vous la chasse ?

Si oui, dans quels pays ?

1	Dans quel cadre ?	Si oui, répondez aux questions 3 ci-dessous Précisez :
	chasse commune	
	chasse à courre	
	safaris autre	

2	Quel type de gibier chassez-vous ?	Indiquez le nom du gibier que vous chassez :
	petit gibier	
	gros gibier (dont la taille dépasse celle d'un chien de chasse ordinaire)	

Participez-vous à des safaris ?

Depuis combien de temps ?

1	Quels moyens de transport utilisez-vous lors des safaris ?	Précisez :
	avion privé	
	hélicoptère	
	bateau	
	automobile	
	autre	

2	Avez-vous des contacts avec des animaux sauvages ?	Si oui, avec quels animaux ?
	Dans quelles circonstances ?	

Pays des safaris :	But des safaris :	Fréquence annuelle (par pays) :	Durée moyenne (par safari) :
	Photo Chasse	par an	jours
	Photo Chasse	par an	jours
	Photo Chasse	par an	jours
	Photo Chasse	par an	jours
	Photo Chasse	par an	jours
	Photo Chasse	par an	jours

NOM et Prénom :

Accidents survenus lors de la pratique de la chasse ou des safaris :

Dates et pays :

Circonstances : le ou les accidents sont-ils survenus :

lors de contacts avec des animaux ? Non Oui - Si oui, lesquels ?

lors d'utilisation de moyens de transport ? Non Oui - Si oui, lesquels ?

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»)