

Q32 Aéronautique (Appareils sans moteur)



À remplir à l'encre noire.

NOM et Prénom :

Date de naissance : / /

N° de police :

NON OUI

Si OUI, merci de préciser impérativement :

Types d'appareils utilisés :

	amateur	professionnel	Heures de vols par an :	Pays où vous volez :
a) Delta plane / Aile Delta				
b) Planeur (vol à voile)				
1 c) Aérostat :				
• Ballon dirigeable				
• Ballon libre				
• Ballon captif				
d) Autre (précisez) :				

2 Votre matériel a-t-il subi des modifications ?

Précisez :

Effectuez-vous des vols d'essai ?

Si oui, décrivez la nature des essais :

Sur quel type d'appareil ?				
a) Delta plane / Aile Delta				
b) Planeur (vol à voile)				
3 c) Aérostat :				
• Ballon dirigeable				
• Ballon libre				
• Ballon captif				
d) Autre (précisez) :				

Utilisations particulières :

				Précisez sur quel appareil :
a) Publicité, photographie				
4 b) Rallye aérien				
c) Voltige aérienne, Acrobatie				
d) Descente de sommets supérieurs à 3000 mètres				

5 Etes-vous membre d'un Club Aéronautique ?

Si oui, depuis quelle année ?

Compétitions actuelles et futures

a) Participez-vous à des compétitions ?				Nature des épreuves :
				Depuis quelle année ?
6 b) Epreuves des 12 prochains mois :				Nom des épreuves :
				Nature des épreuves :
				Lieux :
				Date : / /

Nature et date des licences et brevets obtenus, par appareil utilisé :

7				
---	--	--	--	--

NOM et Prénom :

Accidents survenus lors de l'activité aéronautique :

a) Dates et circonstances :	/ /
b) Nature et localisation des lésions :	
3 c) Hospitalisation(s) éventuelle(s) avec ou sans intervention(s) chirurgicale(s) :	
d) Traitement(s) suivi(s) et durée :	
e) Séquelles :	

IMPORTANT :

Je certifie avoir répondu consciencieusement au questionnaire susmentionné qui est destiné à faire partie intégrante de ma proposition d'assurance.

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