

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 ?

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 of 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)**

**Veillez adresser directement ce questionnaire à l'attention du Médecin-Conseil à [dip@metlife.fr](mailto:dip@metlife.fr) en précisant en objet de l'email le mot-clé «Médical»**

**Informatiques et libertés :** Les informations recueillies sur ce document sont nécessaires à l'étude et au traitement de votre demande qui se fera dans le strict respect du secret médical. Par votre signature, vous consentez expressément au traitement de vos données médicales par MetLife, ses mandataires et réassureurs. Vous pouvez, conformément à la Loi informatique et Libertés du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, y accéder, les faire rectifier ou vous opposer à leur traitement pour des motifs légitimes, en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à MetLife - TSA 36835 - 95939 ROISSY CH DE GAULLE CEDEX, à l'attention du « Médecin Conseil » en précisant vos nom, prénom et si possible votre référence client. La durée de conservation de vos données personnelles dépend de la nature du contrat d'assurance souscrit et du délai de prescription applicable. En l'absence de souscription au contrat d'assurance, la durée de conservation de vos données personnelles ne peut excéder 3 ans.

Fait à :

Le : / /

Signature de la personne à assurer