

Q16 Cascadeur

N° de Police :

À remplir à l'encre noire.

M.	Mme	Mlle	
Nom et Prénom :		Nom de jeune fille :	
Adresse :			
Date et lieu 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).

J'autorise votre société à communiquer ces informations à ses mandataires, réassureurs et organismes professionnels habilités ; je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès de la Direction de la Communication de votre Société (Loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés).

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)

Veillez adresser directement ce questionnaire à l'attention du Médecin-Conseil à 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
(précédée de la mention «lu et approuvé»)