

# 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)**

**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