

# 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)**

**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