

Q33

Sports de neige

À remplir à l'encre noire.

NOM et Prénom :

Date de naissance : / /

N° de police :

NON OUI

Si OUI, merci de préciser impérativement :

Pratique des sports de neige

1	a) Statut : <ul style="list-style-type: none"> • amateur • sportif professionnel • moniteur • entraîneur • autre 	Si oui, indiquez la durée annuelle moyenne : _____ jours
	b) Etes-vous membre d'une équipe de secours ? <ul style="list-style-type: none"> • Si oui, intervenez-vous en haute montagne ? 	Précisez :
	c) Etes-vous licencié ?	Nature : N° : Date : / /

Quelles disciplines pratiquez-vous ?

2	a) Ski de fond <ul style="list-style-type: none"> • sur pistes balisées • hors pistes balisées Seul ? Avec un guide ? 	Si oui, lieu : Altitude maximum : _____ m
	b) Ski alpin <ul style="list-style-type: none"> • sur pistes balisées • hors pistes balisées Seul ? Avec un guide ? 	Si oui, lieu : Altitude maximum : _____ m
	c) Monoski <ul style="list-style-type: none"> • sur pistes balisées • hors pistes balisées Seul ? Avec un guide ? 	Si oui, lieu : Altitude maximum : _____ m
	d) Surf des neiges <ul style="list-style-type: none"> • sur pistes balisées • hors pistes balisées Seul ? Avec un guide ? 	Si oui, lieu : Altitude maximum : _____ m
	e) Randonnées à ski <ul style="list-style-type: none"> • sur pistes balisées • hors pistes balisées Seul ? Avec un guide ? 	Si oui, lieu : Altitude maximum : _____ m
	f) Remontées avec appareils aériens <ul style="list-style-type: none"> • paraski • ski hélicopté • autre (précisez) : 	lieu _____ fréquence annuelle _____
	g) Autres disciplines <ul style="list-style-type: none"> • biathlon • combiné nordique • kilométrage lancé • saut à ski sur tremplin • skiathlon • ski artistique • autre (précisez) : 	Si oui : figures au sol bosses figures aériennes
3	Pratiquez-vous la compétition ?	Indiquez la discipline : Nombre moyen de compétitions par an :
4	Tentez-vous de battre un record ?	Décrivez l'épreuve :
5	Pratiquez-vous les disciplines extrêmes ? Indiquez la discipline :	Lieu : Décrivez la performance :
6	Participez-vous à des raids ou des expéditions ?	Si oui, depuis quelle année ?

NOM et Prénom :

Accidents survenus lors de l'activité aéronautique :

Nom de l'épreuve	Description de l'épreuve	Lieu de l'épreuve	Départ le	Retour le
01			/ /	/ /
02			/ /	/ /
03			/ /	/ /
04			/ /	/ /
05			/ /	/ /
06			/ /	/ /
07			/ /	/ /
08			/ /	/ /
09			/ /	/ /
10			/ /	/ /
11			/ /	/ /
12			/ /	/ /

Accidents survenus lors de l'activité aéronautique :

	/ /
a) Dates et circonstances :	
b) Nature et localisation des lésions :	
7 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 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