

À remplir à l'encre noire.

NOM et Prénom :

Date de naissance : / /

N° de police :

Expérience / Formation

Pratique d'un sport de montagne depuis quand ?

Brevet de guide de montagne Oui Non

Brevet de secourisme en haute montagne Oui Non

Membre d'un club alpin Oui Non

Altitude habituelle

Altitude maximale atteinte Quand ?

Type de courses : Balade Randonnée, trekking Alpinisme Varappe
Escalade Expédition Autres : lesquelles ?

Au cours des 12 derniers mois :

Nombre de courses

Durée habituelle des courses

Accidents / Troubles

Traumatismes* Date : / /

Gelures* Date : / /

Mal aigu des montagnes*

à partir de quelle altitude ?

m

Manifestations du 1^{er} stade :

Jambes "en coton"

Fatigue normale

Manque d'appétit

Mal de tête

Vagues nausées

Bouffissure du visage

Gonflement des chevilles

Insomnies

Essoufflement inhabituel à l'effort

Diminution du volume des urines

Manifestations du 2^{ème} stade :

Troubles du comportement

Indécision

Torpeur

Troubles de l'équilibre

Nausées accentuées

Vomissements

Toux

Essoufflement permanent

Crachat mousseux

Mal de tête incessant, résistant à l'aspirine

Manifestations du 3^{ème} stade :

Coma

Asphyxie

Si survenue d'une de ces manifestations, préciser la fréquence et les dates

Autre pathologie liée à l'altitude, laquelle ?*

Date / /

* Séquelles

NOM et Prénom :

Courses actuelles et futures (dans les 12 prochains mois)

| | | | |
|---|------------------|---|-------------|
| Professionnel | Amateur | | |
| But | | | |
| Zone(s) géographique(s) | | | |
| Conditions | en solo | en groupe | en cordée |
| Nombre de courses par an | | | |
| Durée habituelle des courses | | | |
| Altitude(s) envisagée(s) | | | |
| Type de courses : | | | |
| Balade | | Première hivernale | |
| Randonnée, trekking | | Escalade extrême, libre (sans pitons de sécurité) | |
| Alpinisme | | Alpinisme extrême, exploit, record, enchaînements de sommets. | |
| | | Si oui, commentaire succinct | |
| Varappe | | | |
| Escalade, grimpe (avec pitons de sécurité) : | | | |
| Structures artificielles | | | |
| Falaises, parois | | Autres : lesquelles ? | |
| Escalades gelées, glaciers | | | |
| Expédition (Himalaya, Cordillère des Andes, etc.) | | | |
| Matériel utilisé lors de la descente : | Parapente | Delta-plane | Canoë-kayak |
| | Autre : lequel ? | | |

Renseignements additionnels

Autres renseignements et détails dont la Compagnie doit avoir connaissance pour fixer les conditions de couverture du risque «Montagne».

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)

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