

À remplir à l'encre noire.

NOM et Prénom :

Date de naissance : / /

N° de police :

Expérience / Formation

Pratique de la motonautisme depuis quand ?

Formation reçue

Brevet de navigation : Oui Non

Au cours des 12 derniers mois :

Nombre de sorties

Durée habituelle des sorties

Navigation en haute mer : Oui Non

Participation à des courses : Oui Non

Nombre

Type

Nom

Accidents

Oui Non Date / /

Séquelles :

Type de matériel utilisé

Hors-bord sport

Yacht, cabin cruiser

Offshore cl.1

Offshore cl.2

Formule 1 (USA)

Formule 2 ou O.N.

Rallye raid

Formule libre, thunderboat

Autres : lesquels ?

Explorations actuelles et futures (dans les 12 prochains mois)

Professionnel

Amateur

Lieu : Navigation côtière Haute mer Rivière, fleuve Lac, plan d'eau artificiel

Zone(s) géographique(s)

Durée habituelle des sorties

Type of sorties :

Nombre

Nom (épreuves nationales et internationales)

Yachting, plaisance

Côtier

Longue traversée

Tour du monde

Motonautisme de loisir

Motonautisme de compétition

Autres : lesquelles ?

Si exploit ou record, commentaire succinct

NOM et Prénom :

Renseignements additionnels

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

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 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