Questionnaire

Aéronautique (Appareils sans moteur)

❑ **M.** ❑ **Mme** ❑ **Mlle** **NOM** et **PRENOM** : ..... Nom de j. fille : .....

Adresse : .....

Date et lieu de naissance : ..... Profession : .....

Employeur : .....Activité de l'entreprise : .....

		oui	non	amateur	professionnel	Heures de vols par an :	Pays où vous volez :
1	**Types d'appareils utilisés :**						
.1	Delta plane / Aile Delta	☐	☐	☐	☐	.....	.....
.2	Planeur (vol à voile)	☐	☐	☐	☐	.....	.....
.3	Aérostat :						
	• Ballon dirigeable	☐	☐	☐	☐	.....	.....
	• Ballon libre	☐	☐	☐	☐	.....	.....
	• Ballon captif	☐	☐	☐	☐	.....	.....
.4	Autre (précisez) :	☐	☐	☐	☐	.....	.....
2	**Votre matériel a-t-il subi des modifications ?**	☐	☐	Précisez :			
3	**Effectuez-vous des vols d'essai ?**	☐	☐	Si oui, décrivez la nature des essais :			
	Sur quel type d'appareil ?						
.1	Delta plane / Aile Delta	☐	☐	.....			
.2	Planeur (vol à voile)	☐	☐	.....			
.3	Aérostat :						
	• Ballon dirigeable	☐	☐	.....			
	• Ballon libre	☐	☐	.....			
	• Ballon captif	☐	☐	.....			
.4	Autre (précisez) :	☐	☐	....			
4	**Utilisations particulières :**			Précisez sur quel appareil :			
.1	Publicité, photographie	☐	☐	.....			
.2	Rallye aérien	☐	☐	.....			
.3	Voltige aérienne, Acrobatie	☐	☐	.....			
.4	Descente de sommets supérieurs à 3000 mètres	☐	☐	.....			

sans_m_F_20

AFI ESCA – Compagnie d'assurance sur la vie et de capitalisation. Siège social : 2, quai Kléber 67000 Strasbourg. Entreprise régie par le code des assurances S.A. au capital de 12 359 520 euros. R.C.S. Strasbourg 548 502 517. **Merci d'adresser toute correspondance à : AFI ESCA – 4, square Dutilleul – 59042 Lille Cedex.**

		oui	non	
5	**Etes-vous membre d'un Club Aéronautique ?**	☐	☐	Si oui, depuis quelle année ? .....
6	**Compétitions actuelles et futures**			
	.1 Participez-vous à des compétitions ?	☐	☐	nature des épreuves : ..... depuis quelle année ? .....
	.2 Epreuves des 12 prochains mois :	☐	☐	nom des épreuves : ..... nature des épreuves : ..... Lieux : ..... Dates : .....
7	**Nature et date des licences et brevets obtenus, par appareil utilisé :**			
8	**Accidents survenus lors de l'activité aéronautique :**			
	.a Dates et circonstances :			
	.b Nature et localisation des lésions :			
	.c Hospitalisation(s) éventuelle(s) avec ou sans intervention(s) chirurgicale(s) :			
	.d Traitement(s) suivi(s) et durée :			
	.e Séquelles :			

Ce questionnaire est rempli impérativement par la personne à assurer ; toutes les réponses aux questions sont obligatoires. Les conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration sont celles prévues par le Code des Assurances (Art. L113-8 : nullité du contrat et Art. L113-9 : réduction des indemnités).

J'autorise votre société à communiquer ces informations à ses mandataires, réassureurs et organismes professionnels habilités ; je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès de la Direction de la Communication de votre Société (Loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés).

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.

A ..... le ..... 20 ....

Signature de la personne à assurer
(précédée de la mention « lu et approuvé »)

sans_m_F_20