

# QUESTIONNAIRE : DELTAPLANE – PARAPENTE



N° Adhérent :

Date de Naissance :

NOM :

Dossier suivi par : le service médical

Prière de fournir tout commentaire ou date en regard des réponses affirmatives lorsque cela est souhaité.

## BREVETS (Civils - Militaires)

- Description : ..... Obtenu le : ...../...../.....

- Dernier renouvellement le : ...../...../.....

Autres brevets envisagés : .....

## EXPERIENCE

- Nombre d'heures de vol :

.....

- Nombre total d'heures de vol au cours des 12 derniers mois :

.....

- Nombre probable d'heures de vol au cours des 12 prochains mois :

.....

- Description du matériel utilisé :

.....

## ACCIDENTS

Date de survenance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Description et suites : .....

.....

.....

## RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS

Autres renseignements et détails pour fixer les conditions de couverture du risque :

.....

.....

.....

**IMPORTANT** : Il reste bien entendu que si, par la suite, vous effectuez du deltaplane ou du parapente 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.

Je certifie avoir répondu consciencieusement au questionnaire susmentionné qui est destiné à faire partie intégrante de ma proposition d'assurance.

DATE :

SIGNATURE :