



# AIR COURTAGES ASSURANCES

## QUESTIONNAIRE PREVOYANCE INDIVIDUELLE

Couverture de vos dommages corporels (Accident et/ou Maladie selon votre besoin)

### ASSURE

NOM : ..... Prénom : .....  
 Nom de jeune fille : .....  
 Adresse : .....  
 Code Postal : ..... Ville : ..... Pays : .....  
 Tel : ..... Email : .....  
 Date de naissance : ...../...../..... Nationalité : .....  
 Etes-vous fumeur ?  OUI  NON

Etes-vous une personne politiquement exposée (PPE\*) ? ou de la famille d'une PPE ?  OUI  NON  
 Acceptez-vous que nous utilisions vos données personnelles pour vous adresser des informations commerciales ?  OUI  NON  
 Souhaitez-vous recevoir l'ensemble de nos correspondances (devis, contrat, attestation, etc...) ?  DIGITAL (email)  
 PAPIER (courrier)

#### QUI sera en charge de payer la prime d'assurance ?

- Vous-même en tant que personne physique  
 Une personne morale. Indiquer son nom et adresse : .....

#### Si vous êtes membre d'une Fédération ou Groupement Aéronautique, merci de l'indiquer ci-après :

- FFA  FFPLUM  FFVP  RSA  FFH  FFAM  FFP  AUTRE : .....

### SITUATION DE FAMILLE ET PROFESSIONNELLE

#### Etes-vous ?

- Marié(e)  célibataire  Veuf(ve)  Divorcé(e)  Séparé(e)  Pacsé(e)  Union Libre

Nombre d'enfants : ..... dont ..... à charge. Autre personne à charge : .....

#### Votre métier :

Profession exacte de l'assuré(e) : .....  
 Secteur d'activité : .....  
 Quelle est votre caisse de régime obligatoire : .....

#### Etes-vous ?

- Salarié  
 Travailler Agricole  
 TNS (Travailleur Salarié) => Etes-vous Gérant Majoritaire ?  oui  non  
 Date de création de votre entreprise : ..... / N° SIRET : .....  
 Autre, précisez.....

Vos revenus annuels imposables : ..... € (hors dividende)

Si vous percevez des dividendes, quelle somme au cours de votre dernier exercice ? ..... €

<sup>1</sup> \*Selon l'article 561-18 du Code Monétaire Financier- Information désormais rendue nécessaire en vertu de la lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme

#### AIR COURTAGES ASSURANCES

330 Allée des Lilas  
 Hôtel d'entreprises « Pierre Blanche »  
 01150 SAINT VULBAS - France  
 Tél. +33 (0)4 27 46 54 00  
 Fax +33 (0)4 74 46 09 14  
 www.air-assurances.com

S.A.R.L de courtage d'assurances au Capital de 50 400 € - 422 480 145 RCS Bourg en Bresse - APE 6622 Z - N° TVA Intracommunautaire: FR35422480145  
 Inscrit à l'ORIAS n° 07 000 679 - www.orias.fr  
 Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes aux articles L 512-6 et L 512-7 du Code des assurances - sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 4 place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 (www.acpr.banque-france.fr) Tel: +33 01 49 95 40 00.  
 Réclamation: AIR COURTAGES ASSURANCES-Service Réclamations - 330 Allée des Lilas - 01150 SAINT VULBAS  
 Médiation: Le Médiateur de l'Assurance est compétent pour intervenir sur tout litige n'ayant pu être réglé dans le cadre d'une réclamation préalable directement adressée à votre courtier. Il peut être saisi par l'un quelconque des moyens suivants: la Médiation de l'Assurance, Pole CSCA, TSA 50110 75441 Paris Cedex 09 ou le.mediateur@mediation-assurance.org. Plus d'informations www.mediation-assurance.org





# AIR COURTAGES ASSURANCES

## COUVERTURE SOUHAITEE

### Souhaitez-vous une couverture en cas :

- Accident uniquement
- Accident et Maladie\*

### Pour le risque ACCIDENT, souhaitez-vous une couverture :

- Accident uniquement au cours des risques aériens et sportifs\*\*
- Accident 24h/24 sans les risques aériens et sportifs
- Accident 24h/24 avec les risques aériens et sportifs

### Etendue de la couverture :

- Vie privée uniquement
- Vie privée et professionnelle

\*Pour le risque Maladie, l'étude sera faite sous réserve d'une étude médicale.

\*\*Pour les risques aériens et sportifs, il y aura lieu de compléter le questionnaire et fera l'objet d'une étude spécifique.

## TERRITORIALITE

Précisez les pays (en dehors de l'EUROPE) dans lesquels vous souhaitez avoir une couverture ?

.....

.....

## CAPITAUX SOUHAITES

Garanties	Votre choix	Capitaux souhaités
Décès	Obligatoire	..... € <i>Nom du ou des bénéficiaire(s):</i> ..... .....
Invalidité Permanente totale ou partielle	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	..... €
Incapacité Temporaire (indemnités journalières en cas d'arrêt de travail)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	.....€ / jour  Franchise souhaitée Maladie/Accident/Hospitalisation <input type="checkbox"/> 15 jours/3 jours/0 jour <input type="checkbox"/> 30 jours/15 jours/3 jours <input type="checkbox"/> 90 jours/90 jours /90 jours
Rente éducation (pour les enfants à charge)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	..... €
Rente au conjoint	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	..... €
Garantie Obsèques	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	..... €
Garantie Homme clé	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Un questionnaire vous sera adressé
Autres besoins ou garanties souhaité(e)s :		

### AIR COURTAGES ASSURANCES

330 Allée des Lilas  
 Hôtel d'entreprises « Pierre Blanche »  
 01150 SAINT VULBAS - France  
 Tél. +33 (0)4 27 46 54 00  
 Fax +33 (0)4 74 46 09 14  
 www.air-assurances.com

S.A.R.L de courtage d'assurances au Capital de 50 400 € - 422 480 145 RCS Bourg en Bresse - APE 6622 Z - N° TVA Intracommunautaire: FR35422480145  
 Inscrit à l'ORIAS n° 07 000 679 - [www.orias.fr](http://www.orias.fr)  
 Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes aux articles L 512-6 et L 512-7 du Code des assurances - sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 4 place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 ([www.acpr.banque-france.fr](http://www.acpr.banque-france.fr)) Tel: +33 01 49 95 40 00.  
 Réclamation: AIR COURTAGES ASSURANCES-Service Réclamations - 330 Allée des Lilas - 01150 SAINT VULBAS  
 Médiation: Le Médiateur de l'Assurance est compétent pour intervenir sur tout litige n'ayant pu être réglé dans le cadre d'une réclamation préalable directement adressée à votre courtier. Il peut être saisi par l'un quelconque des moyens suivants: la Médiation de l'Assurance, Pole CSCA, TSA 50110 75441 Paris Cedex 09 ou [le.mediateur@mediation-assurance.org](mailto:le.mediateur@mediation-assurance.org). Plus d'informations [www.mediation-assurance.org](http://www.mediation-assurance.org)





# AIR COURTAGE ASSURANCES

## ANTECEDENTS SINISTRES ET ACCIDENT

Avez-vous déjà été résilié par une assurance ?  NON  OUI – Motif : .....

Avez-vous déjà été eu un accident mettant en jeu une garantie PREVOYANCE ACCIDENT OU MALADIE similaire ?

NON  OUI - Date de survenance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Description:.....

Avez-vous conservé une invalidité ou des séquelles suite à cet/ces accident(s) ?

NON  OUI. Pourcentage et précisions : .....

## ACTIVITES AERIENNES ET RISQUES SPORTIFS

### SPORTS AERIENS

Pratiquez-vous des sports aériens ?  NON  OUI (précisez ci-dessous et compléter le questionnaire « Activités Aériennes joint »)

- AVION
- HELICOPTERE
- PLANEUR
- MOTOPLANEUR
- MONTGOLFIERE
- ULM Quelle classe d'ULM ? :  Paramoteur  Pendulaire  Multiaxes  Autogire  Hélico ULM  Aérostat
- BASE JUMP / WINGSUIT (nous ne pourrons pas assurer cette activité)
- Autres engins aériens : .....
- PARAPENTE
- DELTAPLANE
- SPEED RIDING
- PARACHUTISME
- DRONE

Pratiquez-vous ces sports à titre ?  Amateur ou  Professionnel et/ou  Compétition -  Civil ou  Militaire  
Pour quels usages ? .....

### AUTRES SPORTS

Important de déclarer tous les sports que vous faites, notamment ceux à risque ou à environnement spécifique (Exemples : plongée sous-marine, spéléologie, voile, randonnée, escalade, via ferrata, kite sur eau neige ou terre, course automobile, équitation, sports de combats, etc....).

Pratiquez-vous ces sports à titre amateur ou à titre professionnel ?  Amateur  Professionnel et/ou  Compétition

## AUTRES INFORMATIONS QUE VOUS SOUHAITEZ NOUS DECLARER

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

Toutes réticence, fausse déclaration, omission ou inexactitude peut entraîner les sanctions prévues par les articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances (nullité du contrat, réduction des indemnités et/ou résiliation du contrat).

Je certifie l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus et j'accepte sans engagement de ma part qu'ils servent de base au contrat que je désire souscrire.

Fait à ..... Le ..... SIGNATURE :

### Formulaire à compléter et à retourner à :

AIR COURTAGE ASSURANCES – 330 Allée des Lilas – Hôtel d'Entreprises Pierre Blanche – 01150 SAINT VULBAS – France  
Tél. 04 27 46 54 00 | info@air-assurances.com | www.air-assurances.com

### AIR COURTAGE ASSURANCES

330 Allée des Lilas  
Hôtel d'entreprises « Pierre Blanche »  
01150 SAINT VULBAS - France  
Tél. +33 (0)4 27 46 54 00  
Fax +33 (0)4 74 46 09 14  
www.air-assurances.com

S.A.R.L de courtage d'assurances au Capital de 50 400 € - 422 480 145 RCS Bourg en Bresse - APE 6622 Z - N° TVA Intracommunautaire: FR35422480145  
Inscrit à l'ORIAS n° 07 000 679 - www.orias.fr  
Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes aux articles L 512-6 et L 512-7 du Code des assurances - sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 4 place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 (www.acpr.banque-france.fr) Tel: +33 01 49 95 40 00.  
Réclamation: AIR COURTAGE ASSURANCES-Service Réclamations - 330 Allée des Lilas - 01150 SAINT VULBAS  
Médiation: Le Médiateur de l'Assurance est compétent pour intervenir sur tout litige n'ayant pu être réglé dans le cadre d'une réclamation préalable directement adressée à votre courtier. Il peut être saisi par l'un quelconque des moyens suivants: la Médiation de l'Assurance, Pole CSCA, TSA 50110 75441 Paris Cedex 09 ou le.mediateur@mediation-assurance.org. Plus d'informations www.mediation-assurance.org



M.     Mme.    Nom et prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Date de naissance : .....  
 Employeur : .....

Prière de compléter les cases correspondantes et de fournir tout commentaire ou date en regard des réponses affirmatives lorsque cela est souhaité.

Cocher les ACTIVITES AERIENNES PRATIQUEES :	<input type="checkbox"/> AVION <input type="checkbox"/> HELICOPTERE <input type="checkbox"/> VOL A VOILE <input type="checkbox"/> Autre engin aérien : .....	<input type="checkbox"/> MONTGOLFIERE <input type="checkbox"/> DRONE	<input type="checkbox"/> PARACHUTISME	<input type="checkbox"/> VOL LIBRE : <input type="checkbox"/> DELTAPLANE <input type="checkbox"/> PARAPENTE <input type="checkbox"/> SPEED RIDING <input type="checkbox"/> KITESURF <input type="checkbox"/> SNOWKITE <input type="checkbox"/> Autre : .....
	Type : <input type="checkbox"/> CDN <input type="checkbox"/> CDNR <input type="checkbox"/> CNRA (construction amateur) <input type="checkbox"/> CNSK (kit) <input type="checkbox"/> CNRAC (Collection) <input type="checkbox"/> ELA1 <input type="checkbox"/> ELA2 <input type="checkbox"/> LSA	<b>ULM :</b> <input type="checkbox"/> Multiaxes <input type="checkbox"/> Autogyre <input type="checkbox"/> Pendulaire <input type="checkbox"/> Aérostat <input type="checkbox"/> Paramoteur <input type="checkbox"/> Hélico ULM		
Type de brevet	.....	.....	.....	.....
Date d'obtention	.....	.....	.....	.....
Date de renouvellement	.....	.....	.....	.....
Autres brevets envisagés Quand ?	.....	.....	.....	.....



# AIR COURTAGE ASSURANCES

Nom : ..... Prénom : .....

	AVION – HELICOPTERE VOL A VOILE - AUTRE		DRONE - ULM – MONTGOLFIERE	PARACHUTISME		VOL LIBRE
Nombre total d'heures de vol, sauts ou décollages ?	.....		.....	.....		.....
Nombre d'heures au cours des 12 derniers mois ?	.....		.....	.....		.....
Nombre probable d'heures au cours des 12 prochains mois ?	.....		.....	.....		.....
Statut	<input type="checkbox"/> amateur <input type="checkbox"/> instructeur / moniteur <input type="checkbox"/> professionnel	<input type="checkbox"/> civil <input type="checkbox"/> militaire	<input type="checkbox"/> amateur <input type="checkbox"/> instructeur / moniteur <input type="checkbox"/> professionnel <input type="checkbox"/> civil ou <input type="checkbox"/> militaire	<input type="checkbox"/> amateur <input type="checkbox"/> instructeur / moniteur <input type="checkbox"/> professionnel	<input type="checkbox"/> civil <input type="checkbox"/> militaire	<input type="checkbox"/> amateur <input type="checkbox"/> instructeur / moniteur <input type="checkbox"/> professionnel
Employeur	.....		.....	.....		.....
Zone(s) géographiques	.....		.....	.....		.....
Type de matériel utilisé	.....		.....	.....		.....



# AIR COURTAGE ASSURANCES

Nom : ..... Prénom : .....

	<b>AVION – HELICOPTERE VOL A VOILE - AUTRE</b>	<b>DRONE - ULM – MONTGOLFIERE</b>	<b>PARACHUTISME</b>	<b>VOL LIBRE</b>
Type de vols ou sauts	<input type="checkbox"/> ligne régulière <input type="checkbox"/> charter <input type="checkbox"/> aviation régionale <input type="checkbox"/> taxi <input type="checkbox"/> tourisme <input type="checkbox"/> saupoudrage, désinsectisation <input type="checkbox"/> Autres (voir ci-dessous)	<input type="checkbox"/> loisirs <input type="checkbox"/> Associatif <input type="checkbox"/> Professionnel <input type="checkbox"/> Autres (voir ci-dessous)	<input type="checkbox"/> saut à ouverture automatique (SOA) <input type="checkbox"/> chute libre, ouverture retardée, vol relatif <input type="checkbox"/> ascensionnel <input type="checkbox"/> terre <input type="checkbox"/> parapente <input type="checkbox"/> mer	<input type="checkbox"/> Décollage au treuil <input type="checkbox"/> descente de sommets de + de 2 000 mètres

## AUTRES PRATIQUES / USAGES

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Privé, tourisme                                       | <input type="checkbox"/> Ecole / Instruction                              | <input type="checkbox"/> Vols de convoyage, de réception   | <input type="checkbox"/> Travail aérien : levage, traitement agricole, surveillance des lignes, épandage, saupoudrage, désinsectisation |
| <input type="checkbox"/> Qualification, renouvellement de qualif propre compte | <input type="checkbox"/> Tractage de banderoles                           | <input type="checkbox"/> Vols d'essai en vue de la vente / après maintenance, entretien, réparation            | <input type="checkbox"/> Exploit, record, tentative de Record   |
| <input type="checkbox"/> Baptêmes de l'air rémunérés ou non                    | <input type="checkbox"/> Vols montagne (altiports, altisurface, glaciers) | <input type="checkbox"/> Vols de démonstration (salons, meetings, lors d'une vente....) / vols de présentation | <input type="checkbox"/> Autres :<br>.....<br>.....<br>.....  |
| <input type="checkbox"/> Photographies aériennes, relevés cinématographiques   | <input type="checkbox"/> voltige, acrobatie, démonstration                | <input type="checkbox"/> vol sur prototype, essais en vol  |   |
| <input type="checkbox"/> Remorquage de planeur                                 | <input type="checkbox"/> Compétition amateur                              |  |   |
|  | <input type="checkbox"/> Compétition à titre professionnel                |  |   |
|  | <input type="checkbox"/> Coavionnage                                      |  |   |

Nom : ..... Prénom : .....

### ACCIDENTS

Date de survenance : .....

Description et suites : .....

### LICENCES FEDERALES DETENUES

FFPLUM (ULM)  FFA (avion)  FFVP (Vol en planeur)  FFP (Para)  FFAM (aéromodélisme)  FFH (hélico)  RSA (amateur et collection)  Autre

### RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS

**Si vous pratiquez d'autres sports à risque ou à environnement spécifique autre qu'aérien, merci de nous en informer afin que nous puissions vous envoyer le questionnaire correspondant.**

Autres renseignements que vous souhaitez nous déclarer : .....

**IMPORTANT** : Il est bien entendu que si, par la suite, vous n'exercez plus votre activité dans les mêmes conditions que celles précisées ci-dessus, vous devez nous en informer par écrit - 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.

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 filiales, sociétés sœurs, mandataires, assureurs, 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).

A ....., le ...../...../.....

**Signature :**