

Passenger									
Merci de préciser le type d'appareil utilisé ainsi que le nombre d'heures de vols annuel :									
4	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Type d'appareil</th> <th style="width: 50%;">Nombre d'heures de vol annuel</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Type d'appareil	Nombre d'heures de vol annuel						
	Type d'appareil	Nombre d'heures de vol annuel							
Accidents survenus lors de l'activité aéronautique :									
5	Dates et circonstances :								
	Nature et localisation des lésions :								
	Hospitalisation(s) éventuelle(s) avec ou sans intervention(s) chirurgicale(s) :								
	Traitement(s) suivi(s) et durée :								
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

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