

Questionnaire sport aérien Complément à la proposition

1. Proposant/preneur d'assurance

Prénom	<input type="text"/>	Nom	<input type="text"/>
Proposition du	<input type="text"/>	N° proposition	<input type="text"/>

2. Formation, cours et brevets

Année	Organisation	Type de formation ou de cours	Brevet/distinction
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. Type et étendue des activités de sport aérien

Quelles disciplines aériennes pratiquez-vous? Dans quelle proportion?

3.1 Sport aérien motorisé

Catégorie	Nombre d'heures de vol par année	Nombre total d'heures de vol
<input type="checkbox"/> Voltige (vol acrobatique)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Courses	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Autogire	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Planeur (démarreur automatique)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Deltaplane avec moteur	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ULM	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Autres:	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3.2 Sport aérien non motorisé

Catégorie	Nombre d'heures de vol par année	Nombre total d'heures de vol
<input type="checkbox"/> Montgolfière	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Planeur sans moteur ni moteur auxiliaire	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Deltaplane sans moteur	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Parapente	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Saut en wingsuit	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Autres:	<input type="text"/>	<input type="text"/>



3.3 Parachutiste

Catégorie	Nombre de sauts par année	Nombre total de sauts	Catégorie	Nombre d'heures de vol par année	Nombre total d'heures de vol
<input type="checkbox"/> Corde de déclenchement fixe (ouverture automatique)			<input type="checkbox"/> Skydiving et skysurfing		
<input type="checkbox"/> Chute libre ou saut de compétition			<input type="checkbox"/> Autres:		
<input type="checkbox"/> Base jumping					

4. Généralités

4.1 Pratiquez-vous ces disciplines en tant que:

- Loisir pendant votre temps libre
- Amateur (sans participation à des compétitions)
- Amateur (avec participation à des compétitions)
- Professionnel
- Instructeur ou formateur

4.2 Êtes-vous membre d'une fédération, d'un club ou d'une association? Oui Non

Depuis quand	Nom de la fédération, du club ou de l'association

4.3 Avez-vous souffert d'accidents, de blessures ou de maladies lors de la pratique d'un sport aérien ou d'un saut en parachute? Oui Non

Date	Lieu	Type d'accident, de blessure ou de maladie



5. Pouvoirs et déclarations

Ce questionnaire fait partie intégrante de la proposition d'assurance. La Pax, Société suisse d'assurance sur la vie SA (ci-après Pax) se réserve le droit de demander, le cas échéant, des documents supplémentaires.

Déclarations obligatoires

Les signataires déclarent avoir répondu à toutes les questions de manière conforme à la vérité. Ils sont responsables de l'exactitude des déclarations, même si celles-ci ont été transcrites par une autre personne. Les modifications de l'état de santé entre la signature et l'acceptation de la proposition doivent être communiquées sans délai à Pax.

En cas de fausse déclaration ou de dissimulation d'un risque important, Pax peut résilier le contrat dans les quatre semaines suivant la prise de connaissance de la réticence. Dans ce cas, l'obligation de prestation pour des dommages déjà survenus peut être levée (article 6 loi sur le contrat d'assurance).

Protection des données

Les signataires donnent expressément à Pax les autorisations suivantes:

- Pax peut traiter l'ensemble des données personnelles – y compris les données médicales – aux fins de l'examen du risque, de la promotion de la vente ainsi que de l'exécution du contrat et du règlement des prestations.

- Si nécessaire ou si elle y est obligée par la loi, Pax peut, aux mêmes fins, transmettre l'ensemble des données personnelles – y compris les données médicales – à des autorités, institutions de prévoyance, coassureurs, assureurs précédents, réassureurs et assureurs sociaux (p. ex. caisses de compensation, établissements d'assurance sociale, offices de l'AI, assurances accident et maladie, etc.) ainsi qu'à des tiers responsables ou à leurs assurances responsabilité civile en Suisse et à l'étranger. L'intermédiaire peut, pendant la durée du contrat, être informé au sujet du contenu du contrat à des fins de conseil.
- Pax peut, aux mêmes fins, solliciter auprès des personnes, assurances et services susmentionnés ainsi qu'auprès du personnel médical et de ses auxiliaires impliqués, les données personnelles – y compris les données médicales – et les traiter. A cette fin, les signataires délient ceux-ci de leur obligation de garder le secret.
- Pour l'exécution de ces tâches, il est possible de faire appel à des partenaires. Les consignes légales de protection des données doivent alors être respectées et les partenaires sont tenus de les observer.

6. Signatures

Lieu/date

Signature proposant/
preneur d'assurance

Lieu/date

Signature personne à
assurer (si non identique
au proposant/preneur
d'assurance)

