

Q36

Questionnaire Sports



À remplir à l'encre noire.

NOM et Prénom :

Date de naissance :

N° de police :

Description de l'activité :

Depuis quand ? :

Licencié :

Non

Oui

si oui laquelle ?

Fréquence :

Pratique :

Isolé

Groupe

Pays :

Avez-vous déjà eu des accidents ? :

Non

Oui

si oui merci de préciser :

IMPORTANT :

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

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.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance (art. L.113/8 du Code des Assurances)

Veuillez adresser directement ce questionnaire à l'attention du Médecin-Conseil à dip@metlife.fr
en précisant en objet de l'email le mot-clé «Médical»

Fait à :

Le :

Signature de la personne à assurer