

# Q3 Compétitions Motos - Side-cars



À remplir à l'encre noire.

NOM et Prénom :

Date de naissance :

N° de police :

## Expérience / Formation

Participation à des compétitions moto depuis quand ?

Formation reçue :

Au cours des 12 derniers mois :

	Nombre	Nom
<input type="checkbox"/> Vitesse sur circuit + side-car		
<input type="checkbox"/> Endurance sur circuit + side-car		
<input type="checkbox"/> Motocross + side-car		
<input type="checkbox"/> Rallye, raid européen, régularité		
<input type="checkbox"/> Raid tout terrain - marathon hors Europe		
<input type="checkbox"/> Autres : lesquelles ?		

## Accidents

Oui  Non Date  /  /

Séquelles :

## Compétitions actuelles et futures (dans les 12 prochains mois)

Professionnel

Amateur

Moto :

- marque

- cylindrée

	Nombre	Nom
(Comptant pour un titre mondial, européen, national, régional, etc. ?)		
<input type="checkbox"/> Vitesse sur circuit + side-car		
<input type="checkbox"/> Endurance sur circuit + side-car		
<input type="checkbox"/> Course de côte + side-car		
<input type="checkbox"/> Moto-cross + side-car		
<input type="checkbox"/> Rallye, raid européen, régularité		
<input type="checkbox"/> Raid tout terrain, marathon hors Europe		
<input type="checkbox"/> Trial		
<input type="checkbox"/> Euduro		
<input type="checkbox"/> Course sur glace		
<input type="checkbox"/> Autres : lesquelles ?		

NOM et Prénom :

## Renseignements additionnels

Autres renseignements et détails dont la Compagnie doit avoir connaissance pour fixer les conditions de couverture du risque «Compétitions Motos - Side-cars» :

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

**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](mailto:dip@metlife.fr)  
en précisant en objet de l'email le mot-clé «Médical»**

Fait à :  Le :  /  /

Signature de la personne à assurer