

À remplir à l'encre noire.

NOM et Prénom :

Date de naissance :

/ /

N° de police :

Expérience / Formation

Pratique de l'équitation depuis quand ?

Membre d'un club : Oui Non

Au cours des 12 derniers mois :

Fréquence

Manège :

Concours hippiques :

Courses hippiques :

Autres (préciser) :

Accidents

Oui Non

Date / /

Séquelles :

Activités équestres actuelles et futures *(dans les 12 prochains mois)*

Professionnel

Amateur

Manège :

Maître de manège

Manège, Randonnée

Coucours hippiques :

Dressage

Saut d'obstacle

Concours complet

Courses hippiques :

Lad

Apprenti jockey

Jockey :

Obstacle

Trot attelé

Plat

Entraîneur :

Obstacle

Trot attelé

Plat

Autres activités :

Course d'attelage

Voltige Equestre

Horse ball

Polo

Raid *(en Europe et hors Europe)**

Joute Equestre

* Préciser le lieu géographique (pays, région)

Exploit, record : Oui Non

Si oui, commentaire succinct :

NOM et Prénom :

Renseignements additionnels

Autres renseignements et détails dont la Compagnie doit avoir connaissance pour fixer les conditions de couverture du risque «Equitation».

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 dip@metlife.fr en précisant en objet de l'email le mot-clé « Médical » ou sous pli confidentiel à :
MetLife – Service Acceptation – TSA 36835 – 95939 ROISSY CH DE GAULLE CEDEX.**

Fait à :

Le : / /

Signature de la personne à assurer