

# 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 :

Participations à des compétitions :

Non

Oui

Si oui, niveau :

Local/Départemental

Régional

National

International

Nombre de compétitions annuelles :

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 [dip@metlife.fr](mailto: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

[www.metlife.fr](http://www.metlife.fr)