

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)**

**Veillez 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»**

**Informatiques et libertés :** Les informations recueillies sur ce document sont nécessaires à l'étude et au traitement de votre demande qui se fera dans le strict respect du secret médical. Par votre signature, vous consentez expressément au traitement de vos données médicales par MetLife, ses mandataires et réassureurs. Vous pouvez, conformément à la Loi informatique et Libertés du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, y accéder, les faire rectifier ou vous opposer à leur traitement pour des motifs légitimes, en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à MetLife - TSA 36835 - 95939 ROISSY CH DE GAULLE CEDEX, à l'attention du « Médecin Conseil » en précisant vos nom, prénom et si possible votre référence client. La durée de conservation de vos données personnelles dépend de la nature du contrat d'assurance souscrit et du délai de prescription applicable. En l'absence de souscription au contrat d'assurance, la durée de conservation de vos données personnelles ne peut excéder 3 ans.

Fait à :

Le : / /

Signature de la personne à assurer