

Q2

Compétitions automobiles



À remplir à l'encre noire.

NOM et Prénom :

Date de naissance :

/ /

N° de police :

Expérience / Formation

Participation à des compétitions automobiles depuis quand ?

Au cours des 12 derniers mois :

	Nombre	Nom
Vitesse / endurance sur circuit		
Régularité / rallye		
Course de côte		
Raid tout terrain		
Autres : lesquelles ?		

Accident

Oui Non Date / /
Séquelles :

Compétitions actuelles et futures (dans les 12 prochains mois)

Professionnel	Amateur	Nombre	Nom
Véhicule :	- groupe		
	- marque		
	- type		
	- cylindrée		
		(Comptant pour un titre mondial, européen, national, régional, etc. ?)	
Vitesse sur circuit			
Endurance sur circuit			
Course de côte			
Rallye 1 ^{ère} catégorie			
Rallye 2 ^{ème} catégorie			
Raid tout terrain, marathon			
Rallycross, autocross			
Stock-car			
Trial longue distance et tout terrain			
Karting licence A			
Karting licence B			
Autres : lesquelles ?			

NOM et Prénom :

Renseignements additionnels

Autres renseignements et détails dont la Compagnie doit avoir connaissance pour fixer les conditions de couverture des risques «Aviation - Parachutisme» :

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 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