

# 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
Vitesse sur circuit + side-car		
Endurance sur circuit + side-car		
Motocross + side-car		
Rallye, raid européen, régularité		
Raid tout terrain - marathon hors Europe		
Autres : lesquelles ?		

## Accidents

Oui	Non	Date	/	/
-----	-----	------	---	---

Séquelles :

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

Professionnel	Amateur		
Moto :	- marque		
	- cylindrée		
		Nombre	Nom
		<i>(Comptant pour un titre mondial, européen, national, régional, etc. ?)</i>	
Vitesse sur circuit + side-car			
Endurance sur circuit + side-car			
Course de côte + side-car			
Moto-cross + side-car			
Rallye, raid européen, régularité			
Raid tout terrain, marathon hors Europe			
Trial			
Euro			
Course sur glace			
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»**

**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