

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

**Coucoucs 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»**

Fait à :  Le :  /  /

Signature de la personne à assurer