

MOTOCYCLISME**NOM :****Prénom :**

Date de naissance :

Profession :

EXPERIENCE/FORMATION

Formation reçue :

Participation à des compétitions de moto depuis quand ?

Au cours des douze derniers mois, avez-vous participé à des compétitions ? oui non

Si oui, complétez le tableau ci-dessous.

Type de compétitions		Noms des courses et lieux	Nombre
Vitesse sur circuit	<input type="checkbox"/>		
Courses de côtes	<input type="checkbox"/>		
Epreuves de régularité/ rallyes	<input type="checkbox"/>		
Autres participations	<input type="checkbox"/>		

ACTIVITES SPORTIVES ET COMPETITIONS (12 prochains mois) Amateur Professionnel**Indiquez la marque, le modèle et la cylindrée de la moto utilisée :** **Transport/ tourisme** **Vitesse** : Championnat du monde, d'Europe ou de France Twin cup courses régionales Autres (précisez) : **Endurance** **Rallyes routiers** **Rallyes-raid o tout terrain** : Paris/Dakar Autres (précisez) : **Supercross, Supermotard, Superbiker** **Courses de côtes** **Courses sur glace** **Courses sur piste** (grass-track, speedway, short-track) **Motocross** : sans compétition avec compétition

Enduro

Trial sans compétition avec compétition

Quad sans compétition avec compétition

Motoball

Dragster

Autres (précisez) :

A REMPLIR DANS TOUS LES CAS

Dans le cadre de vos activités sportives, avez-vous été victime d'accident(s) ? oui non
Dans quelles conditions et quand ?

Nature et durée des traitements éventuellement suivis :

Séquelles éventuelles ? oui non

Lesquelles ? (Nature, degré)

Votre activité sportive fait-elle l'objet d'un suivi ou d'un contrôle médical annuel ? oui non

Date du dernier contrôle :

Résultat :

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Je certifie avoir répondu consciencieusement au questionnaire susmentionné qui est destiné à faire partie intégrante de ma proposition d'assurance.

Fait le

Signature