



## QUESTIONNAIRE RELATIF AUX SPORTS MOTORISÉS

Nom de la personne à assurer :	Date de naissance :	N° de proposition ou de contrat :
--------------------------------	---------------------	-----------------------------------

Veuillez fournir des précisions sur vos activités de course au cours des 12 à 24 **derniers** mois :

	<input type="checkbox"/> Automobile	<input type="checkbox"/> Voiture d'accélération	<input type="checkbox"/> Motocyclette	<input type="checkbox"/> Motoneige	<input type="checkbox"/> Véhicule marin	<input type="checkbox"/> Autre
Type d'événement						
Catégorie						
Grosueur du moteur						
Type de course						
Nombre de courses						
Distance totale	<input type="checkbox"/> km <input type="checkbox"/> mi	<input type="checkbox"/> km <input type="checkbox"/> mi	<input type="checkbox"/> km <input type="checkbox"/> mi	<input type="checkbox"/> km <input type="checkbox"/> mi	<input type="checkbox"/> km <input type="checkbox"/> mi	<input type="checkbox"/> km <input type="checkbox"/> mi
Vitesse moyenne à l'heure	<input type="checkbox"/> km <input type="checkbox"/> mi	<input type="checkbox"/> km <input type="checkbox"/> mi	<input type="checkbox"/> km <input type="checkbox"/> mi	<input type="checkbox"/> km <input type="checkbox"/> mi	<input type="checkbox"/> km <input type="checkbox"/> mi	<input type="checkbox"/> km <input type="checkbox"/> mi
Vitesse la plus rapide à l'heure	<input type="checkbox"/> km <input type="checkbox"/> mi	<input type="checkbox"/> km <input type="checkbox"/> mi	<input type="checkbox"/> km <input type="checkbox"/> mi	<input type="checkbox"/> km <input type="checkbox"/> mi	<input type="checkbox"/> km <input type="checkbox"/> mi	<input type="checkbox"/> km <input type="checkbox"/> mi
Lieu						

Veuillez fournir des précisions sur vos activités de course au cours des 12 **prochains** mois :

	<input type="checkbox"/> Automobile	<input type="checkbox"/> Voiture d'accélération	<input type="checkbox"/> Motocyclette	<input type="checkbox"/> Motoneige	<input type="checkbox"/> Véhicule marin	<input type="checkbox"/> Autre
Type d'événement						
Catégorie						
Grosueur du moteur						
Type de course						
Nombre de courses						
Distance totale	<input type="checkbox"/> km <input type="checkbox"/> mi	<input type="checkbox"/> km <input type="checkbox"/> mi	<input type="checkbox"/> km <input type="checkbox"/> mi	<input type="checkbox"/> km <input type="checkbox"/> mi	<input type="checkbox"/> km <input type="checkbox"/> mi	<input type="checkbox"/> km <input type="checkbox"/> mi
Vitesse moyenne à l'heure	<input type="checkbox"/> km <input type="checkbox"/> mi	<input type="checkbox"/> km <input type="checkbox"/> mi	<input type="checkbox"/> km <input type="checkbox"/> mi	<input type="checkbox"/> km <input type="checkbox"/> mi	<input type="checkbox"/> km <input type="checkbox"/> mi	<input type="checkbox"/> km <input type="checkbox"/> mi
Vitesse la plus rapide à l'heure	<input type="checkbox"/> km <input type="checkbox"/> mi	<input type="checkbox"/> km <input type="checkbox"/> mi	<input type="checkbox"/> km <input type="checkbox"/> mi	<input type="checkbox"/> km <input type="checkbox"/> mi	<input type="checkbox"/> km <input type="checkbox"/> mi	<input type="checkbox"/> km <input type="checkbox"/> mi
Lieu						



## QUESTIONNAIRE RELATIF AUX SPORTS MOTORISÉS

Pratiquez-vous la course en tant que :  professionnelle ou professionnel?  amatrice ou amateur?

Avez-vous déjà eu un accident ou une blessure dans le cadre d'une compétition ou d'une pratique qui a nécessité des soins médicaux?

Oui  Non Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions :

Si la couverture d'assurance ne peut être offerte au taux de prime régulier, veuillez indiquer la couverture que vous seriez en mesure d'accepter :

une couverture assujettie à une surprime en pourcentage ou en dollars  une couverture assujettie à une exclusion

Je déclare que les réponses aux questions ci-dessus et les énoncés sont véridiques, complets et correctement inscrits et qu'ils font partie intégrante de ma proposition d'assurance auprès de L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada.

\_\_\_\_\_

Date

\_\_\_\_\_

Personne à assurer

**Remarque :** L'Équitable<sup>MD</sup> ne peut garantir le caractère privé et la confidentialité de tout renseignement transmis par Internet, puisque les communications par courrier électronique sont susceptibles d'être interceptées. En conséquence, l'Équitable ne sera pas tenue responsable de toute perte ou tout dommage que vous pourriez subir si vos renseignements sont interceptés et utilisés à mauvais escient. Si vous préférez nous soumettre vos renseignements par tout autre moyen, veuillez communiquer avec nous au 1 800 668-4095.