

# Courses motorisées

## Questionnaire

### IDENTIFICATION

Nom :	Prénom :
N° de contrat :	Date de naissance : <input type="text"/>

### RENSEIGNEMENTS

1. Votre travail implique-t-il une participation à des courses motorisées?  Oui  Non  
Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

2. Depuis quand participez-vous à des courses motorisées? \_\_\_\_\_  
Est-ce que vous courez professionnellement?  Oui  Non  
Êtes-vous commandité, ou faites-vous partie d'une équipe?  Oui  Non  
Faites-vous actuellement, ou avez-vous l'intention de faire des courses hors de l'Amérique de Nord?  Oui  Non  
Si vous avez répondu oui à l'une des questions ci-haut, précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. À quel genre de course avez-vous participé?

	Évènement	Type de véhicule	Nom du circuit	Nombre de courses		
				À ce jour	Derniers 12 mois	Prochains 12 mois
Voiture sport						
Stock car						
Dragster						
Go Kart						
Formule						
Moto						
Motoneige						
Bateau moteur						

4. Avez-vous l'intention de participer à des courses, atteinte de record ou à des tests de prototypes autres que ceux indiqués ci-dessus?  Oui  Non  
Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

5. Avez-vous déjà eu un accident pendant une course?  Oui  Non  
Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

6. Veuillez fournir tout renseignement pertinent à l'évaluation du risque. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### DÉCLARATION

Je déclare que les renseignements ci-dessus sont complets, exacts et à jour et je consens à ce que ces renseignements servent de base à l'évaluation effectuée en vue d'établir mon admissibilité à la couverture d'assurance de l'Association d'Hospitalisation Canassurance et/ou Canassurance Compagnie d'Assurance. Je comprends également que, à la suite de l'évaluation de mon dossier, les renseignements contenus dans le présent formulaire feront partie intégrante du contrat d'assurance auquel je souscris. Toute fausse déclaration aux présentes entraînera les effets prévus par la loi, incluant l'annulation du contrat.

_____ Signature de l'assuré	<input type="text"/> <input type="text"/> Date
_____ Signature du preneur (s'il diffère de l'assuré)	<input type="text"/> <input type="text"/> Date