

ÉTAT CIVIL

Nom : _____
 Date de naissance : _____
 Adresse : _____

 Code postal : _____
 Tél. fixe : _____
 E-mail : _____
 Numéro de licence : _____
 Profession : _____

Prénom : _____
 Nationalité : _____
 Ville : _____
 Pays : _____
 Tél. port : _____

Team	Voiture	Championnat	Nombre de courses/saisons

Sport pratiqué à titre : Amateur
 Professionnel

GARANTIES

	Etude 1	Etude 2
	Capitaux à assurer	Capitaux à assurer
Décès	€	€
Invalidité	€	€
Incapacité Temporaire (indemnité journalière payable pendant 365 jours)	€/jour	€/jour
Frais de traitement et frais de rapatriement suite à un accident Si oui, jusqu'à hauteur de 300 000 €	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Option extension garantie 24h/24	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Je déclare avoir pris connaissance de la notice d'information ci-dessus.
 Ce document vaut un ordre d'étude exclusif auprès de racecare assurances.

Fait à _____, le _____
 Signature «lu et approuvé»
 (pour les mineur(e)s : son représentant légal).