



## Assurance RC Piste & Individuelle pilote

JE SOUSSIGNE : Monsieur  Madame

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

Personne à prévenir en cas d'urgence (nom/prénom/téléphone) : \_\_\_\_\_

Numéro de permis MOTO ou CASM : \_\_\_\_\_

Date d'obtention du permis : \_\_\_\_\_

Marque : \_\_\_\_\_ Modèle : \_\_\_\_\_

Cylindrée : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

Immatriculation ou Châssis : \_\_\_\_\_

1. Je déclare être en bonne santé, n'être sous l'effet d'aucun traitement médicamenteux ou autre de nature à altérer mes facultés au cours de ma présence dans l'enceinte du circuit, avoir la pleine possession de mes facultés physiques et mentales, et plus généralement ne faire l'objet d'aucune incapacité permanente ou provisoire contradictoire avec la pratique de la conduite sur circuit.
2. Etre titulaire du permis de conduire en cours de validité et correspondant au type de véhicule utilisé ou d'un Certificat d'Aptitude au Sport Motocycliste (CASM) et utiliser le circuit hors notion de compétition.
3. Je déclare avoir été informé(e) et être conscient(e) des risques d'accidents matériels et corporels et des dangers inhérents à la pratique du sport motocycliste sur circuit asphalte.
4. Je déclare être conscient(e) que ma présence dans l'enceinte du circuit ainsi que celles de mes accompagnateurs peut entraîner des risques pour eux-mêmes, mes véhicules et moi-même. J'accepte ces risques en pleine connaissance de cause.
5. Je m'engage à ne prendre aucun passager sur mon véhicule.
6. Afin de me protéger des risques inhérents à la pratique du sport motocycliste, je déclare avoir été informé(e) de la souscription par le circuit et pour mon compte d'une garantie RC Piste et d'une garantie Individuelle Pilote. Cette garantie permet le versement d'un capital de 25 000 € en cas de décès aux ayants droits de la victime ou un capital maximum de 37 500 € en cas d'invalidité permanente avec une franchise relative de 10 %. Une garantie frais médicaux suite à accident à hauteur de 2 500 € franchise de 40 €. Votre garantie d'assurance N° IA 1701499 est placée par l'intermédiaire de la société VAX CONSEILS, intermédiaire d'assurance inscrit à l'ORIAS sous le n°14006059, auprès de la Cie Albingia société anonyme au capital de 34 708 448,02 euros Entreprise régie par le code des assurances dont le siège est situé 109/111 rue Victor Hugo 92532 Levallois-Perret.
7. Je m'engage à assister en début de journée au briefing sur le déroulement de la journée et les règles de sécurité indispensables à la pratique de mon activité sur circuit.
8. Je reconnaissais avoir été informé du fait qu'un comportement irrespectueux ou le non-respect des règles de sécurité constaté par un membre de l'organisation peut entraîner mon exclusion définitive sans aucune contrepartie ou remboursement. De même, selon mon expérience et mon comportement en piste, j'accepte d'avance que le personnel puisse me changer de groupe de niveau si nécessaire.

Date du Roulage : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

Date et Signature\* :

\*Faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé »