

À remplir à l'encre noire.

NOM et Prénom :

Date de naissance : / /

N° de police :

Nous vous remercions de compléter ce document attentivement pour permettre une acceptation plus rapide de votre dossier.

Prière de répondre lisiblement à toutes les questions, de cocher les cases correspondantes et de compléter les rubriques lorsqu'un commentaire est souhaité.

Statut : Professionnel Appelé Autre

Lieu d'affectation actuel :

Armes et services

Gendarmerie

Administratif

Armée de l'Air

Commando, para-commando

(complétez le questionnaire "aviation-parachutisme")

Marine

Parachutiste

• surface : Oui Non

Nageur de combat

• sous-marin :

Démineur :

- classique Oui Non

- sur terre Oui Non

- nucléaire Oui Non

- subaquatique Oui Non

Autre

Missions à l'étranger

Militaire ou membre d'une formation assimilée

Susceptible de se rendre en mission dans un pays en état d'hostilités

Se rendant en mission dans un pays en état d'hostilités

- pays

- durée

Missions antérieures à l'étranger Oui Non

Nombre au cours des 3 dernières années ? Durée

Pays

Accidents / Blessures

Oui Non

Date	Type d'accident	Sequelles	Pension
/ /			%
/ /			%
/ /			%
/ /			%
/ /			%

NOM et Prénom :

Renseignements additionnels

Autres renseignements et détails dont la Compagnie doit avoir connaissance pour fixer les conditions de couverture du risque «Militaire».

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

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance (art. L.113/8 du Code des Assurances)

Veillez adresser directement ce questionnaire à l'attention du Médecin-Conseil à dip@metlife.fr en précisant en objet de l'email le mot-clé «Médical»

Informatiques et libertés : Les informations recueillies sur ce document sont nécessaires à l'étude et au traitement de votre demande qui se fera dans le strict respect du secret médical. Par votre signature, vous consentez expressément au traitement de vos données médicales par MetLife, ses mandataires et réassureurs. Vous pouvez, conformément à la Loi informatique et Libertés du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, y accéder, les faire rectifier ou vous opposer à leur traitement pour des motifs légitimes, en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à MetLife - TSA 36835 - 95939 ROISSY CH DE GAULLE CEDEX, à l'attention du « Médecin Conseil » en précisant vos nom, prénom et si possible votre référence client. La durée de conservation de vos données personnelles dépend de la nature du contrat d'assurance souscrit et du délai de prescription applicable. En l'absence de souscription au contrat d'assurance, la durée de conservation de vos données personnelles ne peut excéder 3 ans.

Fait à :

Le : / /

Signature de la personne à assurer