

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.

Ancienneté :

Lieu d'affectation actuel :

Grade :

Service / Fonctions :

NON OUI

Commentaires

Caractéristiques générales de votre poste :

Quelle est la nature de votre emploi ?

- Administratif
- Actif

Ancienneté dans votre poste actuel :

Exercez-vous :

- En civil
- En uniforme

Utilisez-vous une arme ?

Laquelle ?

Quelle est votre attribution principale ?

Sécurité et ordre public

Prévention

Enquêtes judiciaires

Secours

Autre :

Précisez :

Quelle est la limite géographique de votre secteur d'intervention ?

Un quartier

Précisez :

Une ville

Précisez :

Une ville et ses alentours

Précisez :

Un département

Précisez :

Une région

Précisez :

Un état

Précisez :

Autre :

Précisez :

Appartenez-vous à une unité professionnelle ?

Une compagnie spécialisée

Indiquez le nom complet de votre unité :

Décrivez les principales fonctions de votre unité :

Une brigade spécialisée

Autres

Précisez :

NOM et Prénom :

NON OUI

Commentaires

Avez-vous une spécialité professionnelle ?

Maître nageur sauveteur

Maître-chien

Motard

Pilote d'avion

Pilote d'hélicoptère

Autre :

Précisez :

Accidents / Blessures

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

IMPORTANT :

Il reste bien entendu que si, par la suite, vous n'exercez plus votre activité dans les mêmes conditions que celles précisées ci-dessus, la garantie ne sera accordée que si vous avez reçu de votre assureur les nouvelles conditions de couverture.

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