

# Q15 Gendarmerie

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.

Lieu d'affectation actuel :

Grade :

Service / Fonctions :

Descriptif exact des tâches effectuées :

NON OUI

Commentaires

Faites-vous partie :

du personnel administratif ?

du personnel actif ?

Appartenez-vous à :

la gendarmerie départementale

la gendarmerie mobile

une formation spécialisée :

- Garde Républicaine
- Gendarmerie maritime ou fluviale
- Gendarmerie de l'air
- Gendarmerie de l'armement
- Surveillance d'entrepôts de munitions, ...
- Brigade spécialisée (GIGN, ...)
- Unité de recherche
- Brigade motorisée
- Autre

Utilisez-vous les moyens de locomotion suivants pour votre travail ?

Avion  
• Pilote  
• Passager

Fréquence :  
Nombre d'heures de vol :

Hélicoptère  
• Pilote  
• Passager

Fréquence :  
Nombre d'heures de vol :

Moto

Cheval

Spécialités

Parachutisme

Surveillance, recherche, sauvetage en montagne

Dressage et utilisation de chiens

Plongée (recherche, travaux subaquatiques)

Surveillance, sauvetage en mer, lac, rivière (Maître Nageur Sauveteur)

Manipulations d'explosifs

Manipulations d'explosifs

Déminage terrestre

Déminage subaquatique

Recherches, sauvetages sous terre

Autres

Précisez :

NOM et Prénom :

## Accidents / Blessures

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

## Renseignements additionnels

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

### 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)**

**Veuillez adresser directement ce questionnaire à l'attention du Médecin-Conseil à [dip@metlife.fr](mailto: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