

Q17 Pompier - Secouriste & Sécurité Civile



N° de Police :

À remplir à l'encre noire.

M.	Mme	Mlle	
Nom et Prénom :			Nom de jeune fille :
Adresse :			
Date et lieu de naissance :		/	/
Employeur :		Profession :	
		Activité de l'entreprise :	

Etes-vous ?

NON OUI

		Ancienneté :	Lieu d'exercice de l'activité :
1	pompier	Depuis	
	secouriste	Depuis	
	membre de la Sécurité Civile	Depuis	
2	bénévole		
	professionnel		
	autre situation	Précisez :	

Utilisez-vous un appareil aérien dans le cadre de votre activité ?

Si oui, veuillez préciser :

1	Type d'appareil utilisé :	avion de moins de 30 places	
		hélicoptère	
		autre	Précisez :
2	En tant que :	pilote	
		passager	
3	But de l'utilisation :	vol de secours	
		lutte anti-feu	
		autre	Précisez :

NOM et Prénom :

NON OUI

Etes-vous spécialisé dans un domaine ?

Si oui, veuillez préciser :

1	Déménagement terrestre subaquatique	
2	Plongée	
3	Produits dangereux : nucléaire, produits radioactifs produits explosifs produits inflammables produits corrosifs autres produits chimiques	Précisez :
4	Interventions difficiles : sous terre haute montagne mer, lac, rivière autres lieux	Précisez :
5	Autres spécialités :	Précisez :

Accidents survenus dans l'exercice de votre métier :

Dates et circonstances :

Nature et localisation des lésions :

Hospitalisation(s) éventuelle(s) avec ou sans intervention(s) chirurgicale(s) :

Traitement(s) suivi(s) et durée :

Séquelles :

IMPORTANT :

Ce questionnaire est rempli impérativement par la personne à assurer ; toutes les réponses aux questions sont obligatoires. Les conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration sont celles prévues par le Code des Assurances (Art. L113-8 : nullité du contrat et Art. L113-9 : réduction des indemnités).

J'autorise votre société à communiquer ces informations à ses mandataires, réassureurs et organismes professionnels habilités ; je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès de la Direction de la Communication de votre Société (Loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés).

Il reste bien entendu que si, par la suite, vous pratiquez les activités précitées dans d'autres conditions que celles précisées ci-dessus, la garantie ne sera accordée que si vous avez reçu de votre assureur les nouvelles conditions de couverture.

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
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
(précédée de la mention «lu et approuvé»)

