

Q19 Personnel diplomatique



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 : / / Profession :
Employeur : Activité de l'entreprise :

NON OUI

Localisation et fonction

Quelle est votre fonction exacte ?

1 Dans quel pays exercez-vous votre profession ?

Durée de votre mission :

Devez-vous changer d'affectation dans les 12 prochains mois ?

Si oui, Pays :

Durée :

Mesures de sécurité

Bénéficiez-vous de mesures de protection ?

Bénéficiez-vous de mesures de protection ?

1

Garde du corps armé

Garde du corps non armé

Personnel de sécurité

Voiture blindée

Autres (précisez) :

Avez-vous déjà été victime de menaces, d'attentat, d'agression ?

Si oui, veuillez détailler votre réponse :

2 Date : / / Lieu :

Circonstances :

Déplacements

1 Effectuez-vous des voyages en dehors de votre pays de résidence ?

Si oui, veuillez détailler votre réponse :

Destination	But du séjour		Fréquence / an	Durée moyenne
	Profession	Privé		

NOM et Prénom :

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)

**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
(précédée de la mention «lu et approuvé»)