

# Q7 Risque de séjour



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.

## Loisirs et tourisme

### Séjours actuels et futurs (au cours des 12 prochains mois) :

Lieu de résidence (ville/village) :

Pays :

Si hors centre urbain, grande ville à proximité :

Durée :

Fréquence :

Moyens de transport locaux :

Activités particulières (sports, usage de bateaux, hélicoptère, etc)

Non

Oui, préciser :

### Séjours antérieurs (au cours des 2 dernières années) :

Pays & villes :

Durée :

Affections contractées / Accidents :

Non

Oui, préciser dates et séquelles :

## Professionnelles

### Séjours actuels et futurs (au cours des 24 prochains mois) :

But des séjours :

Description de votre activité pendant ces séjours :

Nom de votre société et secteur d'activité :

Cette activité nécessite-t-elle des déplacements réguliers :

Non

Oui, préciser :

Lieu de résidence (ville/village) :

Pays :

Si hors centre urbain, grande ville à proximité :

Durée :

Fréquence :

Moyen de transport utilisés :

Des modifications dans vos activités / séjours sont-elles envisagées :

Non

Oui, préciser :

### Séjours antérieurs (au cours des 5 dernières années) :

Pays & villes :

Fréquence & Durée des séjours :

Activités :

NOM et Prénom :

## Renseignements additionnels

Autres renseignements et détails dont la Compagnie doit avoir connaissance pour fixer le plus équitablement possible les conditions de couverture du risque de séjour, voyage, résidence, risques politiques et risques de guerre.

**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](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