

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.

Statut : Professionnel Appelé Autre

Lieu d'affectation actuel :

Armes et services

Gendarmerie

Armée de l'Air

(complétez le questionnaire "aviation-parachutisme")

Marine

• surface : Oui Non

• sous-marin : Oui Non

- classique Oui Non

- nucléaire Oui Non

Administratif

Commando, para-commando

Parachutiste

Nageur de combat

Démineur :

- sur terre Oui Non

- subaquatique Oui Non

Autre

Missions à l'étranger

Militaire ou membre d'une formation assimilée

Susceptible de se rendre en mission dans un pays en état d'hostilités

Se rendant en mission dans un pays en état d'hostilités

- pays

- durée

Missions antérieures à l'étranger Oui Non

Nombre au cours des 3 dernières années ?

Durée

Pays

Accidents / Blessures

Oui

Non

Date	Type d'accident	Sequelles	Pension
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %

NOM et Prénom :

Renseignements additionnels

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

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 en précisant en objet de l'email le mot-clé «Médical»

Fait à : Le : / /

Signature de la personne à assurer