

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.

Ancienneté : \_\_\_\_\_  
Lieu d'affectation actuel : \_\_\_\_\_  
Grade : \_\_\_\_\_ Service / Fonctions : \_\_\_\_\_

NON OUI

Commentaires

### Caractéristiques générales de votre poste :

Quelle est la nature de votre emploi ? • Administratif • Actif	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ancienneté dans votre poste actuel : _____
Exercez-vous : • En civil • En uniforme	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Utilisez-vous une arme ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Laquelle ? _____

### Quelle est votre attribution principale ?

Sécurité et ordre public	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Prévention	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Enquêtes judiciaires	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Secours	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Autre :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Précisez : _____

### Quelle est la limite géographique de votre secteur d'intervention ?

Un quartier	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Précisez : _____
Une ville	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Précisez : _____
Une ville et ses alentours	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Précisez : _____
Un département	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Précisez : _____
Une région	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Précisez : _____
Un état	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Précisez : _____
Autre :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Précisez : _____

### Appartenez-vous à une unité professionnelle ?

Une compagnie spécialisée	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Indiquez le nom complet de votre unité : _____ _____
		Décrivez les principales fonctions de votre unité : _____ _____
Une brigade spécialisée	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Autres	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Précisez : _____

NOM et Prénom :

NON OUI

Commentaires

**Avez-vous une spécialité professionnelle ?**

Maître nageur sauveteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Maître-chien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Motard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Pilote d'avion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Pilote d'hélicoptère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez : <input type="text"/>

**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"/> %

**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»

Fait à :  Le :  /  /

Signature de la personne à assurer