

# Q14 Pétrole - Gaz

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.

NON OUI

Commentaires

## Travaillez-vous pour :

Une compagnie pétrolière ?

 

Un sous-traitant ?

 

Autre ?

 

Précisez :

## Votre travail implique-t-il :

Des activités manuelles ?

 

Précisez :

L'usage d'explosifs ?

 

Précisez :

L'usage de l'hélicoptère ?

 

Précisez :

## Travaillez-vous à terre ?

En atelier ou salle de contrôle  
uniquement ?

 

Au transport ou à la pose de pipelines ?

 

Pays où vous exercez votre activité :

En raffinerie ou usine pétrochimique ?

 

Chimie, recherche scientifique et  
technique ?

 

Nature des travaux :

Matériel utilisé :

Type de produits utilisés :

Siège des travaux (laboratoire, ...) :

## Travaillez-vous en mer ?

Sur quel type d'installation ?

- sur barge de travail (hors forage)
- sur plates-formes fixes
- sur plates-formes mobiles

   
   
 

Précisez (submersible, semi submersible, drill ship, etc. ...) :

Où l'installation est-elle située ?

- Mer du Nord
- Golfe du Mexique
- Asie, Moyen Orient
- Amérique du Nord, du Sud, Centrale
- Afrique
- Autre

   
   
   
   
   
 

Précisez :

NOM et Prénom :

## 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