

# Q17 Pompier - Secouriste & Sécurité Civile



N° de Police :

À remplir à l'encre noire.

M.  Mme  Mlle

Nom et Prénom :  Nom de jeune fille :

Adresse :

Date de naissance :  /  /  Profession :

Employeur :  Activité de l'entreprise :

## Etes-vous ?

NON OUI

		NON	OUI	Ancienneté :	Lieu d'exercice de l'activité :
1	pompier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis <input type="text"/>	<input type="text"/>
	secouriste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis <input type="text"/>	<input type="text"/>
	membre de la Sécurité Civile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis <input type="text"/>	<input type="text"/>
2	bénévole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	autre situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez : <input type="text"/>	

## Utilisez-vous un appareil aérien dans le cadre de votre activité ?

NON  OUI

Si oui, veuillez préciser :

1	Type d'appareil utilisé :				
	avion de moins de 30 places	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	hélicoptère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez : <input type="text"/>	
2	En tant que :				
	pilote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	passager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3	But de l'utilisation :				
	vol de secours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	lutte anti-feu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez : <input type="text"/>	

NOM et Prénom :

NON OUI

Etes-vous spécialisé dans un domaine ?

Si oui, veuillez préciser :

1	Déminage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	terrestre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	subaquatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Plongée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Produits dangereux :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nucléaire, produits radioactifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	produits explosifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	produits inflammables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	produits corrosifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	autres produits chimiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez : <input type="text"/>
4	Interventions difficiles :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	sous terre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	haute montagne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	mer, lac, rivière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	autres lieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez : <input type="text"/>
5	Autres spécialités :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez : <input type="text"/>

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)

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  
(précédée de la mention «lu et approuvé»)

