

# Q19 Personnel diplomatique

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 :

NON OUI

## Localisation et fonction

Quelle est votre fonction exacte ?

1 Dans quel pays exercez-vous votre profession ?

Durée de votre mission :

Devez-vous changer d'affectation dans les 12 prochains mois ?   Si oui, Pays :  Durée :

## Mesures de sécurité

Bénéficiez-vous de mesures de protection ?

Bénéficiez-vous de mesures de protection ?

1

Garde du corps armé

Garde du corps non armé

Personnel de sécurité

Voiture blindée

Autres (précisez) :

Avez-vous déjà été victime de menaces, d'attentat, d'agression ?

Si oui, veuillez détailler votre réponse :

2 Date :  /  /  Lieu :

Circonstances :

## Déplacements

1 Effectuez-vous des voyages en dehors de votre pays de résidence ?

Si oui, veuillez détailler votre réponse :

Destination	But du séjour		Fréquence / an	Durée moyenne
	Profession	Privé		
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

NOM et Prénom :

### 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)**

**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»**

Fait à :  Le :  /  /

Signature de la personne à assurer  
(précédée de la mention «lu et approuvé»)