

# Q35 Questionnaire Métier / Profession



À remplir à l'encre noire.

NOM et Prénom :

Date de naissance :  /  /

N° de police :

Ancienneté dans la profession :

Description de votre métier / activité professionnelle :

Depuis quand ? :  /  /

Dans quel pays exercez vous ce métier ? :

Etes vous amené à voyager ? :  Non  Oui

Avez-vous déjà eu des accidents, pathologie liée à votre activité ? :  Non  Oui

si oui merci de préciser :

Autres informations :

## IMPORTANT :

Je certifie avoir répondu consciencieusement au questionnaire susmentionné qui est destiné à faire partie intégrante de ma proposition d'assurance.

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