

Q7 Risque de séjour



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.

Loisirs et tourisme

Séjours actuels et futurs (au cours des 12 prochains mois) :

Lieu de résidence (ville/village) :

Pays :

Si hors centre urbain, grande ville à proximité :

Durée :

Fréquence :

Moyens de transport locaux :

Activités particulières (sports, usage de bateaux, hélicoptère, etc) Non Oui, préciser :

Séjours antérieurs (au cours des 2 dernières années) :

Pays & villes :

Durée :

Affections contractées / Accidents : Non Oui, préciser dates et séquelles :

Professionnelles

Séjours actuels et futurs (au cours des 24 prochains mois) :

But des séjours :

Description de votre activité pendant ces séjours :

Nom de votre société et secteur d'activité :

Cette activité nécessite-t-elle des déplacements réguliers : Non Oui, préciser :

Lieu de résidence (ville/village) :

Pays :

Si hors centre urbain, grande ville à proximité :

Durée :

Fréquence :

Moyen de transport utilisés :

Des modifications dans vos activités / séjours sont-elles envisagées : Non Oui, préciser :

Séjours antérieurs (au cours des 5 dernières années) :

Pays & villes :

Fréquence & Durée des séjours :

Activités :

NOM et Prénom :

Renseignements additionnels

Autres renseignements et détails dont la Compagnie doit avoir connaissance pour fixer le plus équitablement possible les conditions de couverture du risque de séjour, voyage, résidence, risques politiques et risques de guerre.

IMPORTANT : 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)

Veillez adresser directement ce questionnaire à l'attention du Médecin-Conseil à dip@metlife.fr en précisant en objet de l'email le mot-clé «Médical»

Fait à : Le : / /

Signature de la personne à assurer