

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.

Statut :    Professionnel    Appelé    Autre

Lieu d'affectation actuel :

## Armes et services

Gendarmerie

Administratif

Armée de l'Air

Commando, para-commando

(complétez le questionnaire "aviation-parachutisme")

Marine

Parachutiste

• surface :                      Oui      Non

Nageur de combat

• sous-marin :

Démineur :

- classique                      Oui      Non

- sur terre                      Oui      Non

- nucléaire                      Oui      Non

- subaquatique                      Oui      Non

Autre

## Missions à l'étranger

Militaire ou membre d'une formation assimilée

Susceptible de se rendre en mission dans un pays en état d'hostilités

Se rendant en mission dans un pays en état d'hostilités

- pays

- durée

Missions antérieures à l'étranger                      Oui                      Non

Nombre au cours des 3 dernières années ?                      Durée

Pays

## Accidents / Blessures

Oui                      Non

Date	Type d'accident	Sequelles	Pension
/ /			%
/ /			%
/ /			%
/ /			%
/ /			%

NOM et Prénom :

## Renseignements additionnels

Autres renseignements et détails dont la Compagnie doit avoir connaissance pour fixer les conditions de couverture du risque «Militaire».

**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)  
Veuillez adresser directement ce questionnaire à [dip@metlife.fr](mailto:dip@metlife.fr) en précisant en objet de l'email le mot-clé «Médical» ou sous pli confidentiel à :  
MetLife – Service Acceptation – TSA 36835 – 95939 ROISSY CH DE GAULLE CEDEX.**

Fait à :

Le : / /

Signature de la personne à assurer