

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.

Ancienneté :

Lieu d'affectation actuel :

Grade :

Service / Fonctions :

NON OUI

Commentaires

Caractéristiques générales de votre poste :

Quelle est la nature de votre emploi ?

- Administratif
- Actif

Ancienneté dans votre poste actuel :

Exercez-vous :

- En civil
- En uniforme

Utilisez-vous une arme ?

Laquelle ?

Quelle est votre attribution principale ?

Sécurité et ordre public

Prévention

Enquêtes judiciaires

Secours

Autre :

Précisez :

Quelle est la limite géographique de votre secteur d'intervention ?

Un quartier

Précisez :

Une ville

Précisez :

Une ville et ses alentours

Précisez :

Un département

Précisez :

Une région

Précisez :

Un état

Précisez :

Autre :

Précisez :

Appartenez-vous à une unité professionnelle ?

Une compagnie spécialisée

Indiquez le nom complet de votre unité :

Décrivez les principales fonctions de votre unité :

Une brigade spécialisée

Autres

Précisez :

NOM et Prénom :

NON OUI

Commentaires

Avez-vous une spécialité professionnelle ?

Maître nageur sauveteur

Maître-chien

Motard

Pilote d'avion

Pilote d'hélicoptère

Autre :

Précisez :

Accidents / Blessures

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

IMPORTANT :

Il reste bien entendu que si, par la suite, vous n'exercez plus votre activité dans les mêmes conditions que celles précisées ci-dessus, la garantie ne sera accordée que si vous avez reçu de votre assureur les nouvelles conditions de couverture.

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 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