

Q14

Pétrole - Gaz

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.

NON OUI

Commentaires

Travaillez-vous pour :

Une compagnie pétrolière ?

Un sous-traitant ?

Autre ?

Précisez :

Votre travail implique-t-il :

Des activités manuelles ?

Précisez :

L'usage d'explosifs ?

Précisez :

L'usage de l'hélicoptère ?

Précisez :

Travaillez-vous à terre ?

En atelier ou salle de contrôle uniquement ?

Au transport ou à la pose de pipelines ?

Pays où vous exercez votre activité :

En raffinerie ou usine pétrochimique ?

Chimie, recherche scientifique et technique ?

Nature des travaux :

Matériel utilisé :

Type de produits utilisés :

Siège des travaux (laboratoire, ...) :

Travaillez-vous en mer ?

Sur quel type d'installation ?

- sur barge de travail (hors forage)
- sur plates-formes fixes
- sur plates-formes mobiles

Précisez (submersible, semi submersible, drill ship, etc. ...) :

Où l'installation est-elle située ?

- Mer du Nord
- Golfe du Mexique
- Asie, Moyen Orient
- Amérique du Nord, du Sud, Centrale
- Afrique
- Autre

Précisez :

NOM et Prénom :

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