Q15
Gendarmerie

MetLife

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.

Lieu d'affectation actuel :

Grade : **Service / Fonctions :**

Descriptif exact des tâches effectuées :

	NON	OUI	Commentaires
Faites-vous partie :			
du personnel administratif ?	☐	☐	
du personnel actif ?	☐	☐	
Appartenez-vous à :			
la gendarmerie départementale	☐	☐	
la gendarmerie mobile	☐	☐	
une formation spécialisée :			
• Garde Républicaine	☐	☐	
• Gendarmerie maritime ou fluviale	☐	☐	
• Gendarmerie de l'air	☐	☐	
• Gendarmerie de l'armement	☐	☐	
• Surveillance d'entrepôts de munitions, ...	☐	☐	
• Brigade spécialisée (GIGN, ...)	☐	☐	
• Unité de recherche	☐	☐	
• Brigade motorisée	☐	☐	
• Autre	☐	☐	
Utilisez-vous les moyens de locomotion suivants pour votre travail ?			
Avion • Pilote • Passager	☐	☐	Fréquence : Nombre d'heures de vol :
Hélicoptère • Pilote • Passager	☐	☐	Fréquence : Nombre d'heures de vol :
Moto	☐	☐	
Cheval	☐	☐	
Spécialités			
Parachutisme	☐	☐	
Surveillance, recherche, sauvetage en montagne	☐	☐	
Dressage et utilisation de chiens	☐	☐	
Plongée (recherche, travaux subaquatiques)	☐	☐	
Surveillance, sauvetage en mer, lac, rivière (Maître Nageur Sauveteur)	☐	☐	
Manipulations d'explosifs	☐	☐	
Manipulations d'explosifs	☐	☐	
Déminage terrestre	☐	☐	
Déminage subaquatique	☐	☐	
Recherches, sauvetages sous terre	☐	☐	
Autres	☐	☐	Précisez :

NOM et Prénom :

Accidents / Blessures

☐ Oui ☐ Non

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

Renseignements additionnels

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

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

MetLife Europe d.a.c. Société de droit irlandais, constituée sous la forme de « Designated Activity Company », immatriculée en Irlande sous le numéro 415123. Succursale pour la France 5 place de la Pyramide, 92800 Puteaux. 799 036 710 RCS Nanterre. MetLife Europe Insurance d.a.c. Société de droit irlandais, constituée sous la forme de « Designated Activity Company », immatriculée en Irlande sous le numéro 472350. Succursale pour la France 5 place de la Pyramide, 92800 Puteaux. 798 956 314 RCS Nanterre. Siège social de MetLife Europe d.a.c. et MetLife Europe Insurance d.a.c. : 20 on Hatch, lower Hatch Street, Dublin 2, Irlande. MetLife Europe d.a.c. et MetLife Europe Insurance d.a.c. (agissant toutes deux sous le nom commercial MetLife) sont réglementées par la Central Bank of Ireland.