

# Q17 Pompier - Secouriste & Sécurité Civile



N° de Police :

À remplir à l'encre noire.

<b>M.</b>	<b>Mme</b>	<b>Mlle</b>	
<b>Nom et Prénom :</b>			<b>Nom de jeune fille :</b>
<b>Adresse :</b>			
<b>Date de naissance :</b>	/	/	<b>Profession :</b>
<b>Employeur :</b>	<b>Activité de l'entreprise :</b>		

## Etes-vous ?

NON OUI

		Ancienneté :	Lieu d'exercice de l'activité :
1	pompier	Depuis	
	secouriste	Depuis	
	membre de la Sécurité Civile	Depuis	
2	bénévole		
	professionnel		
	autre situation	Précisez :	

## Utilisez-vous un appareil aérien dans le cadre de votre activité ?

Si oui, veuillez préciser :

1	Type d'appareil utilisé :	avion de moins de 30 places	
		hélicoptère	
		autre	Précisez :
2	En tant que :	pilote	
		passager	
3	But de l'utilisation :	vol de secours	
		lutte anti-feu	
		autre	Précisez :

NOM et Prénom :

NON OUI

**Etes-vous spécialisé dans un domaine ?**

Si oui, veuillez préciser :

1	Déminage terrestre subaquatique	
2	Plongée	
3	Produits dangereux : nucléaire, produits radioactifs produits explosifs produits inflammables produits corrosifs autres produits chimiques	Précisez :
4	Interventions difficiles : sous terre haute montagne mer, lac, rivière autres lieux	Précisez :
5	Autres spécialités :	Précisez :

**Accidents survenus dans l'exercice de votre métier :**

Dates et circonstances :

Nature et localisation des lésions :

Hospitalisation(s) éventuelle(s) avec ou sans intervention(s) chirurgicale(s) :

Traitement(s) suivi(s) et durée :

Séquelles :

**IMPORTANT :**

**Ce questionnaire est rempli impérativement par la personne à assurer ; toutes les réponses aux questions sont obligatoires. Les conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration sont celles prévues par le Code des Assurances (Art. L113-8 : nullité du contrat et Art. L113-9 : réduction des indemnités).**

**Il reste bien entendu que si, par la suite, vous pratiquez les activités précitées dans d'autres conditions que celles précisées ci-dessus, la garantie ne sera accordée que si vous avez reçu de votre assureur les nouvelles conditions de couverture.**

**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  
(précédée de la mention «lu et approuvé»)

