

Q19 Personnel diplomatique



N° de Police :

À remplir à l'encre noire.

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

NON OUI

Localisation et fonction

Quelle est votre fonction exacte ?			
1 Dans quel pays exercez-vous votre profession ?			
Durée de votre mission :			
Devez-vous changer d'affectation dans les 12 prochains mois ?		Si oui, Pays :	Durée :

Mesures de sécurité

1 Bénéficiez-vous de mesures de protection ?		
Si oui :		
	Garde du corps armé	
	Garde du corps non armé	
	Personnel de sécurité	
	Voiture blindée	
	Autres (précisez) :	
Avez-vous déjà été victime de menaces, d'attentat, d'agression ?		
Si oui, veuillez détailler votre réponse :		
2 Date : / /		Lieu :
Circonstances :		

Déplacements

1 Effectuez-vous des voyages en dehors de votre pays de résidence ?				
Si oui, veuillez détailler votre réponse :				
	But du séjour			
Destination	Profession	Privé	Fréquence / an	Durée moyenne

NOM et Prénom :

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 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»)