

Q35 Questionnaire Métier / Profession



À remplir à l'encre noire.

NOM et Prénom :

Date de naissance : / /

N° de police :

Ancienneté dans la profession :

Description de votre métier / activité professionnelle :

Depuis quand ? : / /

Dans quel pays exercez vous ce métier ? :

Etes vous amené à voyager ? : Non Oui

Avez-vous déjà eu des accidents, pathologie liée à votre activité ? : Non Oui

si oui merci de préciser :

Autres informations :

IMPORTANT :

Je certifie avoir répondu consciencieusement au questionnaire susmentionné qui est destiné à faire partie intégrante de ma proposition d'assurance.

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

www.metlife.fr