

# Pompiers

## Assurable

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance

Proposition ou contrat n° \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_ Fonction et activités précises \_\_\_\_\_

Lieu d'affectation ou d'exercice \_\_\_\_\_

## Missions et interventions

Cochez les cases correspondant à toutes vos activités :

**Pompier volontaire**

**Pompier professionnel :**

**Activités administratives**

Oui

Non

**Service incendie**

Oui

Non

• interventions sur feux de forêts plus de 15 jours par an

Oui

Non

**Service de secours**

**Service de santé**

**Déblaiement**

**Lutte contre les pollutions :**

• sans plongée sous-marine

Oui

Non

• avec plongée sous-marine

Oui

Non

**Secours en montagne**

**Secours en mer :**

• sans plongée sous-marine

Oui

Non

• avec plongée sous-marine

Oui

Non

**Interventions sous terre**

**Interventions sur aéroport ou base aérienne**

**Interventions sur plate-forme en mer, puits de pétrole, raffinerie ou usine pétrochimique**

**Interventions en centrale nucléaire ou avec risque d'exposition à des produits radioactifs**

**Interventions avec exposition à des produits explosifs ou substances inflammables**

**Déminage terrestre ou subaquatique**

**Interventions en hélicoptère ou avion**

**Autres situations non citées** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Activités additionnelles

Êtes-vous amené à réaliser des missions à l'étranger ?  
 (hors Union Européenne, Suisse, Royaume-Uni, Canada, États-Unis, Australie, Nouvelle Zélande, Japon, Singapour)  Oui  Non

- De **moins d'un mois** par an

Oui

Non

- De **plus d'un mois** par an

Oui

Non



## Renseignements complémentaires

Avez-vous été victime d'accidents lors de l'exercice de votre profession ?

Oui

Non

Si oui, merci de préciser :

Dates \_\_\_\_\_

Circonstances \_\_\_\_\_

Nature et localisation des lésions subies \_\_\_\_\_

Traitements, suivis et leur durée \_\_\_\_\_

Séquelles éventuelles \_\_\_\_\_

## Commentaires

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Signature

Je certifie que les présentes déclarations sont exactes et complètes et que je n'ai omis aucune information pouvant influencer sur l'évaluation ou l'acceptation de la présente demande.

Je déclare avoir été pleinement informé du fait que ce questionnaire fait partie intégrante de ma proposition d'assurance et que les renseignements fournis serviront de base à l'évaluation de l'assureur.

Je m'engage, en outre, à communiquer à l'assureur toute modification éventuelle du risque entre la date de la présente et l'émission du contrat.

J'atteste du fait que mon attention a été attirée sur le fait que l'assurance serait nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle (Article L113-8 du Code des assurances).

### Protection des données personnelles

Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre de cette opération font l'objet d'un traitement dont le responsable de traitement est GENERALI VIE à l'exception des opérations dont le responsable de traitement et le périmètre sont définis à la notice d'information.

Le traitement des données a pour finalité la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat. À ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle, de surveillance du risque et à des fins d'études statistiques et actuarielles. Ces traitements ont comme base juridique l'exécution du contrat ou de mesures précontractuelles.

Ces informations auront également pour finalité la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ainsi que le respect des obligations réglementaires. Ces traitements ont comme base juridique le respect des obligations légales.

Ces informations pourront être utilisées pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance. Ces traitements ont comme base juridique l'intérêt légitime.

### Dans les conditions prévues par la réglementation :

Vous disposez :

- du droit de prendre connaissance des informations vous concernant et le cas échéant de demander à les corriger notamment en cas de changement de situation,
- du droit de demander d'effacer ou de limiter l'utilisation de vos données notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires,
- du droit de récupérer dans un format structuré les données que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données,
- du droit de vous opposer à l'utilisation de vos données personnelles.

### Vous pouvez exercer ces droits sur simple demande après avoir fourni une preuve de votre identité :

- auprès du **délégué de gestion** tel que mentionné à la notice d'information ou
- auprès de l'**assureur GENERALI VIE** : à l'adresse mail [droitdaces@generali.fr](mailto:droitdaces@generali.fr) ou à l'adresse postale Generali - Conformité - TSA 70100 - 75309 Paris Cedex 09.

Pour plus d'informations sur le traitement de vos données et sur vos droits, nous vous invitons à consulter le paragraphe « **Information sur la protection des données personnelles** » figurant à la notice d'information.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature de l'Assurable

