

**MILITAIRE**

<b>NOM :</b>	<b>Prénom :</b>
<b>Date de naissance :</b>	
<b>Grade :</b>	<b>Lieu d'affectation et régiment :</b>
<b>Fonction :</b> <input type="checkbox"/> de terrain <input type="checkbox"/> support logistique <input type="checkbox"/> fonction administrative	
<b>CORPS D'ARMEE ET SERVICES :</b>	
<input type="checkbox"/> Gendarmerie <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Administration centrale</li> <li><input type="checkbox"/> Gendarmerie départementale :             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sécurité routière</li> <li><input type="checkbox"/> Ordre public et sécurité générale</li> <li><input type="checkbox"/> Police judiciaire ou unités de recherche</li> <li><input type="checkbox"/> Unités de montagne – PGHM</li> <li><input type="checkbox"/> Autres (précisez) :</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Gendarmerie mobile :             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ordre public, sécurité générale, sécurité routière</li> <li><input type="checkbox"/> Unités spécialisées : GIGN, EPIGN, GSRP...</li> <li><input type="checkbox"/> Autres (précisez) :</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Gendarmerie spécialisée :             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Garde républicaine</li> <li><input type="checkbox"/> Gendarmerie maritime</li> <li><input type="checkbox"/> Gendarmerie de l'air</li> <li><input type="checkbox"/> Autres (précisez)</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Maintien de l'ordre dans le cadre de l'OPEX</li> </ul>	
<input type="checkbox"/> Armée de l'air : <input type="checkbox"/> Pilote (compléter en plus le questionnaire « Aviation - Activités aériennes ») <input type="checkbox"/> Fusilier commando <input type="checkbox"/> autre (précisez)	
<input type="checkbox"/> Armée de terre : Corps d'armée : <input type="checkbox"/> artillerie <input type="checkbox"/> légion <input type="checkbox"/> paras <input type="checkbox"/> autre (précisez)	
<input type="checkbox"/> Marine : <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Porte-avion                      <input type="checkbox"/> sous-marin                      <input type="checkbox"/> bâtiment de surface                      <input type="checkbox"/> à terre</li> <li><input type="checkbox"/> Commando, paracommando, forces spéciales</li> </ul>	
<b>A REMPLIR DANS TOUS LES CAS :</b>	
Dans le cadre de votre profession, avez-vous été victime d'accident(s) ?    oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Si oui, dans quelles conditions et quand ?	
Séquelles éventuelles ?    oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Si oui, lesquelles ?	
<b>RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES EVENTUELS CONCERNANT VOS ACTIVITES :</b>	

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

Fait le

Signature