

NOM			
PRÉNOM			
DATE DE NAISSANCE			N° DE PROPOSITION OU DE POLICE
J	M	A	

## QUESTIONNAIRE MILITAIRE

1. **Spécifiez votre service, division, unité et grade :** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2. **Êtes-vous à temps plein, partiel (réserve ou régulière) ou retraite?** \_\_\_\_\_

3. **À quel endroit est votre base?** \_\_\_\_\_

4. **Prévoyez-vous être relocalisé?**  Oui  Non **Si oui, détails :** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

5. **Décrivez vos fonctions actuelles :** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

6. **Participez-vous aux activités suivantes :**

a) utilisation d'armes	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
b) utilisation d'explosif sous quelque forme que ce soit	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
c) plongée sous-marine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
d) aviation (indiquez si vous êtes pilote, équipage, le type d'avions, les heures de vol)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
e) parachutisme	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
f) services spéciaux	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
g) agent de la paix outremer	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Si vous avez répondu **oui** à une des questions, veuillez fournir les détails complets :  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

7. **Avez-vous été placé sous alerte ou en attente pour service outremer?**  Oui  Non **Si oui, détails :**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Je déclare que l'information ci-dessus est complète et véridique et qu'elle fera partie de ma proposition d'assurance auprès de **L'Union-Vie**.

X _____ SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER	X _____ SIGNATURE DU PROPRIÉTAIRE
X _____ SIGNATURE DU TÉMOIN	_____ DATE