QUESTIONNAIRE D'ÉTAT DE SANTÉ (QES)

QUES

MetLife®

Vous avez la possibilité de remplir ce document à votre domicile.

NOM :
Prénom :
Date de naissance : / /

		NON	OUI
1	**AU COURS DES 10 DERNIÈRES ANNÉES**		
	Avez-vous été hospitalisé ou opéré autre que pour : appendicite, hernies de la paroi abdominale, hémorroïdes, amygdales, végétations, déviation de la cloison nasale, maternité, varices, dents de sagesse?	☐	☐
	Avez-vous effectué un ou plusieurs examens médicaux (analyse de sang, radiographies, scanner, IRM, électrocardiogramme, échographie, scintigraphie ou autres examens) qui se soient **révélés anormaux et / ou qui aient nécessité un traitement ou une surveillance ?**	☐	☐
2	**AU COURS DES 5 DERNIÈRES ANNÉES**		
	Avez-vous été en Incapacité Totale ou Partielle (exemple : arrêt de travail, mi-temps thérapeutique) pendant plus de 21 jours consécutifs (hormis l'Incapacité pour maternité) ?	☐	☐
	Vous a-t-il été prescrit un traitement médical pendant plus de 21 jours consécutifs ?	☐	☐
3	**PRÉSENT**		
	Etes-vous actuellement en Incapacité Totale ou Partielle (exemple : arrêt de travail, mi-temps thérapeutique) sur prescription médicale ?	☐	☐
	Suivez-vous actuellement un traitement médical ou des soins médicaux ?	☐	☐
	La différence entre votre taille (cm) et votre poids (kg) est-elle **inférieure à 80 ou supérieure à 120** ? (Ex : 175cm – 70 kg= 105)	☐	☐
4	**FUTUR**		
	Devez-vous être hospitalisé ou subir une intervention chirurgicale, un bilan, des investigations médicales spécialisées ?	☐	☐

Si vous avez répondu OUI à l'une ou plusieurs des questions ci-dessus,
merci de renseigner et d'adresser uniquement le Questionnaire de Santé.

La validité des présentes déclarations est de 120 jours ;
si la date de prise d'effet des garanties doit intervenir ultérieurement, METLIFE pourra demander le renouvellement des formalités d'admission.

Les informations recueillies sur ce document sont nécessaires à l'étude et au traitement de votre demande qui se feront dans le strict respect du secret médical. Par votre signature, vous consentez expressément au traitement de vos données médicales par MetLife, ses mandataires et réassureurs. Vous pouvez, conformément à la Loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, y accéder, les faire rectifier ou vous opposer à leur traitement pour des motifs légitimes, en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à MetLife, Cœur Défense, Tour A, 110 Esplanade du Général de Gaulle, 92931 LA DEFENSE Cedex, à l'attention du « Médecin Conseil » en précisant vos nom, prénom et si possible votre référence client.

Je soussigné (Nom et Prénom) _____ certifie avoir répondu sincèrement aux questions précitées et n'avoir rien dissimulé. J'autorise les médecins et les autres personnes interrogées par la société à donner confidentiellement à son service médical les renseignements demandés en relation avec le contrat d'assurance.

Fait à _____,
le / /

✗

Signature de la personne à assurer

Septembre 2016 - Avant de transmettre votre formulaire de déclaration de risque à notre Médecin Conseil, merci d'en conserver une copie.

MetLife Europe d.a.c. Société de droit irlandais, constituée sous la forme de « *Designated Activity Company* », immatriculée en Irlande sous le numéro 415123. Succursale pour la France 100 Esplanade du Général de Gaulle, 92400 Courbevoie. 799 036 710 RCS Nanterre. MetLife Europe Insurance d.a.c. Société de droit irlandais, constituée sous la forme de « *Designated Activity Company* », immatriculée en Irlande sous le numéro 472350. Succursale pour la France 100 Esplanade du Général de Gaulle, 92400 Courbevoie. 798 956 314 RCS Nanterre. Siège social de MetLife Europe d.a.c. et MetLife Europe Insurance d.a.c. : 20 on Hatch, lower Hatch Street, Dublin 2, Irlande. MetLife Europe d.a.c. et MetLife Europe Insurance d.a.c. (agissant toutes deux sous le nom commercial MetLife) sont réglementées par la Central Bank of Ireland.