

N° de Police :

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

POUR UN TRAITEMENT RAPIDE DE VOTRE DOSSIER, RÉPONDEZ IMPÉRATIVEMENT À TOUTES LES QUESTIONS

1	a) NOM et Prénom (suivi s'il y a lieu du nom de jeune fille) : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	b) Date de naissance <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> Profession actuelle et antérieure : <input type="text"/>		
		NON	OUI
		Si OUI, merci de préciser impérativement :	
2	a) Avez-vous soumis une ou plusieurs propositions d'assurance vie qui ont été refusées, ajournées, surprimées, acceptées avec restriction ou qui sont en attente d'acceptation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) Etes-vous titulaire d'autres contrats d'assurance décès ou invalidité ? (<i>hors prévoyance collective</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	a) Pratiquez-vous un ou plusieurs sports et /ou une ou plusieurs activités (y compris à titre de loisir et/ou de manière occasionnelle) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) Envisagez-vous de vous déplacer, de séjourner, ou de résider hors d'Europe (UE, AELE), Amérique du Nord, Japon, Australie, Nouvelle-Zélande, Hong-Kong, Singapour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	a) Consommez-vous des boissons alcoolisées (<i>quantité par jour</i>) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) Fumez-vous ou avez-vous fumé (<i>quantité par jour</i>) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c) Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants (<i>drogues</i>) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour les personnes de sexe féminin :			
5	a) Grossesses antérieures ? Êtes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) Avez-vous effectué une mammographie au cours des cinq dernières années ? <i>Pour toute mammographie de moins d'un an, joindre la copie du compte-rendu.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	a) Veuillez nous indiquer votre taille et votre poids :	Taille <input type="text"/> cm	Poids <input type="text"/> kg
	b) Avez-vous perdu du poids au cours des 12 derniers mois ? Cette perte de poids est-elle intentionnelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Veuillez nous indiquer votre tension artérielle habituelle : Est-elle traitée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	a) Etes vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale, pour raison de santé (hormis congés légaux pour maternité) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) Avez vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours au cours des 5 dernières années sur prescription médicale pour raison de santé (hormis congés légaux pour maternité) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c) Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ? <input type="checkbox"/> Civile <input type="checkbox"/> Militaire <input type="checkbox"/> Allocation Adulte Handicapé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Avez-vous consulté un médecin au cours des 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	a) Prenez-vous des médicaments régulièrement ou recevez-vous des soins médicaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 21 jours au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c) Au cours des 10 dernières années, avez-vous subi un traitement par substances radioactives, une chimiothérapie ou une transfusion sanguine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d) Etes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100% pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale au cours des 10 dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUSA-2

NON OUI

Si OUI, merci de préciser impérativement :

Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections ou l'un des symptômes suivants au cours des 10 dernières années :		Préciser l'affection ou le symptôme, localisation, motif, date, durée, date de guérison, séquelles éventuelles.		
11	a) Tuberculose, paludisme, amibiase, maladies sexuellement transmissibles ou infection conséquence d'une immuno-déficience acquise ou toute autre maladie infectieuse ou parasitaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Diabète, hypercholestérolémie, goutte, affection de la thyroïde (<i>goitre</i>) ou toute autre atteinte du système endocrinien ou du métabolisme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) Anémie, anomalie de la coagulation, de la moelle osseuse, leucémie ou toute autre maladie du sang ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d) Stress, anxiété, surmenage, névrose, dépression, psychose, tentative de suicide ou toute autre atteinte psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	e) Paralyse, accident vasculaire cérébral, épilepsie, sclérose en plaques, sciatique, ou toute autre maladie du système nerveux ou des muscles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	f) ORL : Otite, sinusite, surdité, vertiges, acouphènes, angine ou toute autre maladie de la gorge, de l'oreille ou du nez ? Ophtalmologie : myopie, presbytie, cécité, glaucome, cataracte ou toute autre maladie de l'oeil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	g) Malformation ou souffle cardiaque, oedème, douleur thoracique, palpitations, artérite, varices, hypertension artérielle, angine de poitrine, maladie coronarienne, infarctus du myocarde, troubles du rythme ou toute autre maladie de l'appareil cardio-vasculaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	h) Bronchite chronique, asthme, emphysème, tuberculose ou toute autre maladie de l'appareil respiratoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	i) Hémorragie digestive, troubles de l'oesophage, de l'estomac, de l'intestin, du colon ou du rectum (<i>hépatite, cirrhose</i>), de la vésicule ou du pancréas, hernie ou toute autre maladie de l'appareil digestif ou atteinte de l'abdomen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	j) Albuminurie, affections des reins, des voies urinaires (<i>coliques néphrétiques, cystite</i>), des organes génitaux ou toute autre maladie de l'appareil urogénital ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	k) Psoriasis, kyste, naevus, eczéma, purpura, démangeaisons ou toute autre maladie de la peau ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	l) Ostéoporose, lumbago, hernie discale, arthrose, douleurs dorsales ou toute autre maladie des os ou des articulations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	m) Tumeur ou cancer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	n) Ou toute autre maladie ou invalidité non citée ci-dessus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Joindre une copie des documents médicaux en votre possession réalisés au moment du diagnostic et dans le cadre du suivi de la pathologie.

12	Avez-vous été accidenté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Nature des blessures : _____ Séquelles éventuelles : _____
13	a) Avez-vous été opéré ou hospitalisé ? Communiquer les comptes rendus opératoires et histologiques des interventions réalisées et le compte-rendu d'hospitalisation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Durée : _____ Pourquoi ? _____
	b) Devez-vous être hospitalisé prochainement ou subir une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Pourquoi ? _____
14	a) Vous a-t-on fait au cours des 5 dernières années (<i>sauf examens réalisés pour cette proposition d'assurance</i>) un électrocardiogramme, une radiographie du thorax, une analyse de sang ou une analyse des urines ? Joindre le résultat des examens anormaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nature de(s) l'examen(s) : _____ Motifs : _____ Date(s) : _____ Résultats : _____
	b) Avez-vous ou non subi au cours des 5 dernières années un test de dépistage des sérologies, portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou celui de l'immunodéficience humaine, dont le résultat a été positif ? Joindre le résultat des examens anormaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nature de(s) l'examen(s) : _____ Motifs : _____ Date(s) : _____ Résultats : _____
15	Avez-vous été soumis à d'autres investigations au cours des cinq dernières années : endoscopie, électroencéphalogramme, échographie, scanner, scintigraphie, artériographie, ECG d'effort, IRM, enregistrement polysomnographique. Dans tous les cas, joindre la copie du résultat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nature de(s) l'examen(s) : _____ Motifs : _____ Date(s) : _____ Résultats : _____
16	Quel est votre médecin habituel (nom et adresse) ?	Nom : _____ Adresse : _____		
17	Avez-vous autre chose à déclarer ?	_____		

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, modifier, 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) _____ Fait à _____, le ____ / ____ / ____
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.

Signature de la personne à assurer

Page 2/2 **MERCI DE JOINDRE TOUS LES JUSTIFICATIFS MÉDICAUX DEMANDÉS.**

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle changeant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour MetLife entraîne la nullité de l'assurance (art. L. 113-8 du Code des Assurances). Le présent questionnaire doit être adressé sous pli confidentiel à : MetLife - DIP - à l'attention du Médecin Conseil - Cœur Défense - Tour A - 110 Esplanade du Général de Gaulle - 92931 LA DEFENSE Cedex.