Conjugo TNS Prévoyance
Questionnaire de Santé Simplifié (QSS)

MetLife®

QUSS

N° de Police : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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)* : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

b) Date de naissance ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ Profession actuelle et antérieure :

		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 ?	☐	☐	Auprès de quelle(s) Compagnie(s) ? Date : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ Décision : Motif de la restriction :
	b / Etes-vous titulaire d'autres contrats d'assurance décès ou invalidité ?*(hors prévoyance collective)*	☐	☐	Auprès de quelle(s) Compagnie(s) ? Total des montants en cours assurés : € Date de souscription : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐
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) ?**	☐	☐	Si oui, lequel : A quelle fréquence ? A titre professionnel ? ☐ OUI ☐ NON En compétition ? ☐ OUI ☐ NON
	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 ?	☐	☐	But : ☐ professionnel ☐ tourisme, loisirs Où *(pays, villes)* ? Fréquence : ☐ régulière ☐ occasionnelle Quand : ☐ au cours des 12 prochains mois ☐ futur
4	Fumez-vous ou avez-vous fumé *(quantité par jour)* ?	☐	☐	☐ Cigarettes ☐ Cigares ☐ Pipes ☐ Vaporette Date d'arrêt éventuel : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ Motifs :
5	Veuillez nous indiquer votre taille et votre poids :	Taille	cm	Poids kg
6	Etes vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale, pour raison de santé?	☐	☐	☐ Total ☐ Partiel Depuis : Pourquoi ?
7	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 ?	☐	☐	Quand ? Durée : Pourquoi ?
8	Êtes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ?	☐	☐	Motifs : Depuis quand ? Taux : %
9	Prenez-vous des médicaments régulièrement ou recevez-vous des soins médicaux ?	☐	☐	Médicaments / Soins : Motifs :
10	Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 21 jours au cours des 5 dernières années ?	☐	☐	Motifs : Date : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐
11	Êtes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100% pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale au cours des 15 dernières années?	☐	☐	Quand ? Durée : Motifs :
12	Au cours des 10 dernières années, avez-vous subi une radiothérapie, une chimiothérapie, une transfusion ?	☐	☐	Motifs : Date : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐
13	Avez-vous ou non subi au cours des 5 dernières années un test de dépistage des sérologies, VHB, VHC (hépatites), VIH ? **Joindre le résultat des examens anormaux.**	☐	☐	Nature de(s) l'examen(s) : Date(s) : Résultats :
14	Au cours des 5 dernières années, avez-vous effectué un ou plusieurs examens médicaux (analyses 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 ? **Joindre le résultat des examens anormaux.**	☐	☐	Lesquels ? Date(s) : Résultats :
15	Au cours des 10 dernières années, avez-vous été hospitalisé ou opéré (autre que pour : appendicite, hernies de la paroi abdominale guéries, hemorroïdes, amygdales, végétations, déviation de la cloison nasale, maternité, varices, dents de sagesse) ? **Joindre une copie des comptes rendus opératoires.**	☐	☐	Quand ? Durée : Motifs :
16	Devez-vous être hospitalisé prochainement ou subir une intervention chirurgicale, un bilan, des investigations médicales spécialisées ?	☐	☐	Quand ? Durée : Motifs :
17	Au cours des 10 dernières années, êtes-vous ou avez-vous été atteint d'une infirmité ou d'une affection de quelque nature que ce soit ? *(hormis affections saisonnières)*	☐	☐	Laquelle ? Dates ? Séquelles ?

INFORMATIQUE ET LIBERTES : Les informations recueillies sur ce document sont nécessaires à l'étude et au traitement de votre demande qui se fera 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 GESTION TNS TRG - 28 BIS rue de Courcelles - 51100 REIMS, 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*

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 TNS TRG - SERVICE MEDICAL - à l'attention du Médecin Conseil - 28 bis rue de Courcelles - 51100 REIMS.

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.

Juillet 2016