

DECLARATION SPECIALE NON-FUMEUR

(à signer pour bénéficiaire du tarif non-fumeur)

N° DE POLICE	:	_____
NOM & PRENOM	:	_____

Je soussigné(e), déclare ne pas avoir fumé de cigarettes, cigares ou pipes depuis au moins 24 mois consécutifs.

Je déclare également que je n'ai pas dû arrêter de fumer suite à des recommandations médicales.

Cette déclaration fait partie intégrante de mon contrat d'assurance.

**Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance
(art. L.113/8 du Code des Assurances)**

Veuillez adresser directement ce questionnaire sous pli confidentiel à :
MetLife – DIP – à l'attention du Médecin Conseil – TSA 22 222 – 34, place des Corolles – 92919 PARIS LA DEFENSE CEDEX

INFORMATIQUE ET LIBERTES : Loi du 6 Janvier 1978 sur l'informatique et les libertés modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004 : Les informations personnelles vous concernant recueillies dans le présent document sont nécessaires au traitement de votre dossier. Elles sont destinées à MetLife en tant que responsable du traitement à des fins de gestion du contrat d'assurance et de lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme. Elles pourront être communiquées aux tiers intervenant dans la gestion de votre contrat. Vous pouvez accéder à vos données, les rectifier ou vous opposer à leur traitement pour motif légitime, en adressant une lettre accompagnée d'une copie d'un justificatif d'identité, à l'attention de MetLife, 34 place des Corolles - TSA 22 222 - 92919 PARIS LA DEFENSE CEDEX, en précisant vos nom, prénom, adresse et votre référence client. Vous pouvez également vous opposer à ce que vos coordonnées ainsi que vos données non sensibles soient utilisées à des fins de prospection commerciale par lettre simple envoyée à l'adresse mentionnée ci-dessus.

Fait à : _____

Le : _____

SIGNATURE DE L'ASSURE