

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) <b>NOM et Prénom</b> (suivi s'il y a lieu du nom de jeune fille) :		
	b) Date de naissance / / Profession actuelle et antérieure :		
		<b>NON</b>	<b>OUI</b>
		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"/>
		auprès de quelle(s) Compagnie(s) ? Date : / / Décision : Motifs de la restriction :	
3	b) Etes-vous titulaire d'autres contrats d'assurance décès ou invalidité ? (hors prévoyance collective)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Si oui, lequel : A quelle fréquence ? A titre professionnel ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON En compétition ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
4	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"/>
		But : <input type="checkbox"/> professionnel <input type="checkbox"/> tourisme, loisirs Où (pays, villes) ? Fréquence : <input type="checkbox"/> régulière <input type="checkbox"/> occasionnelle Quand : <input type="checkbox"/> au cours des 12 prochains mois <input type="checkbox"/> futur	
4	a) Consommez-vous des boissons alcoolisées (quantité par jour) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Vin cl <input type="checkbox"/> Bière cl <input type="checkbox"/> Apéritif cl <input type="checkbox"/> Alcool cl	
	b) Fumez-vous ou avez-vous fumé (quantité par jour) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Cigarettes <input type="checkbox"/> Cigares <input type="checkbox"/> Pipes <input type="checkbox"/> Vaporette Date d'arrêt éventuel : / / Motifs :	
	c) Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants (drogues) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Lesquels ? Jusqu'à quand ?	
<b>Pour les personnes de sexe féminin :</b>			
5	a) Grossesses antérieures ? Êtes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Combien ? De combien de mois ? Complications éventuelles :	
	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"/>
		Date : / / Résultat :	
6	a) Veuillez nous indiquer votre taille et votre poids :	Taille	cm Poids 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"/>
		Combien de kg : Motifs :	
7	a) Veuillez nous indiquer votre tension artérielle habituelle : Est-elle traitée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Tension artérielle habituelle : / Depuis quand ? / / Chiffres avant traitement : /	
8	b) 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"/>
		Pourquoi ?	
	c) 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"/>
		Traitement : Dates de début : / / et de fin de traitement : / / Résultat :	
	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"/>
		Motifs : Depuis quand ? Taux : % auprès de quel organisme ?	
9	a) Avez-vous consulté un médecin au cours des 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Quand ? / / Pourquoi ?	
10	b) Prenez-vous des médicaments régulièrement ou recevez-vous des soins médicaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Médicaments / Soins : Depuis quand ? / / Pourquoi ?	
	c) 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"/>
		Quand ? Durée : Pourquoi ?	
	d) 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"/>
		Pourquoi ? Quand ? Durée du traitement : Résultat :	
	e) 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"/>
		Date : / / Pourquoi ?	

**QUSA-2**

**NON OUI**

**Si OUI, merci de préciser impérativement :**

		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 :				<b>Préciser l'affection ou le symptôme, localisation, motif, date, durée, date de guérison, séquelles éventuelles.</b>
11	a) Tuberculose, paludisme, amibiase, maladies sexuellement transmissibles ou infection conséquence d'une immuno-déficience acquise <b>ou toute autre maladie infectieuse ou parasitaire ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Diabète, hypercholestérolémie, goutte, affection de la thyroïde ( <i>goitre</i> ) <b>ou toute autre atteinte du système endocrinien ou du métabolisme ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) Anémie, anomalie de la coagulation, de la moelle osseuse, leucémie <b>ou toute autre maladie du sang ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d) Stress, anxiété, surmenage, névrose, dépression, psychose, tentative de suicide <b>ou toute autre atteinte psychiatrique ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	e) Paralyse, accident vasculaire cérébral, épilepsie, sclérose en plaques, sciatique, <b>ou toute autre maladie du système nerveux ou des muscles ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	f) ORL : Otite, sinusite, surdité, vertiges, acouphènes, angine <b>ou toute autre maladie de la gorge, de l'oreille ou du nez ?</b> Ophtalmologie : myopie, presbytie, cécité, glaucome, cataracte <b>ou toute autre maladie de l'oeil ?</b>	<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 <b>ou toute autre maladie de l'appareil cardio-vasculaire ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	h) Bronchite chronique, asthme, emphysème, tuberculose <b>ou toute autre maladie de l'appareil respiratoire ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	i) Hémorragie digestive, troubles de l'oesophage, de l'estomac, de l'intestin, du colon ou du rectum, affections du foie ( <i>hépatite, cirrhose</i> ), de la vésicule ou du pancréas, hernie <b>ou toute autre maladie de l'appareil digestif ou atteinte de l'abdomen ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	j) Albuminurie, affections des reins, des voies urinaires ( <i>coliques néphrétiques, cystite</i> ), des organes génitaux <b>ou toute autre maladie de l'appareil urogénital ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	k) Psoriasis, kyste, naevus, eczéma, purpura, démangeaisons <b>ou toute autre maladie de la peau ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
l) Ostéoporose, lumbago, hernie discale, arthrose, douleurs dorsales <b>ou toute autre maladie des os ou des articulations ?</b>	<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 ? <b>Communiquer les comptes rendus opératoires et histologiques des interventions réalisées et le compte-rendu d'hospitalisation.</b>	<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 ? <b>Joindre le résultat des examens anormaux</b>	<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 ? <b>Joindre le résultat des examens anormaux</b>	<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. <b>Dans tous les cas, joindre la copie du résultat.</b>	<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 ?			

Je certifie que j'ai pris connaissance de l'information préalable sur le « droit à l'oubli » à l'usage des personnes souscrivant un contrat d'assurance en relation avec un emprunt personnel ou professionnel entrant dans le cadre de la Convention AERAS sur [www.aeras-infos.fr](http://www.aeras-infos.fr)

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 - à l'attention du Médecin Conseil - TSA 36835 - 95939 ROISSY CH DE GAULLE CEDEX.