

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) : ROUSSEU PASCAL
 b) Date de naissance 26/06/1962 Profession actuelle et antérieure : DIRIGEANT ENTREPRISE

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 ? NON OUI
 Date : / / / / / Décision :
 Motifs de la restriction :

b) Etes-vous titulaire d'autres contrats d'assurance décès ou invalidité ? (hors prévoyance collective) NON OUI
 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) ? NON OUI
 Si oui, lequel : VELO / NATATION
 A quelle fréquence ? 2 / 3 fois par semaine
 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 ? NON OUI
 But : professionnel tourisme, loisirs
 Où (pays, villes) ? PÉROU 15 jours
 Fréquence : régulière occasionnelle
 Quand : au cours des 12 prochains mois futur

4 a) Consommez-vous des boissons alcoolisées (quantité par jour) ? NON OUI
 Vin 2 kl B Bière 1 verre Apéritif 1 verre alcool cl

b) Fumez-vous ou avez-vous fumé (quantité par jour) ? NON OUI
 Cigarettes Cigares Pipes Vaporette
 Date d'arrêt éventuel : / / / / /
 Motifs :

c) Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants (drogues) ? NON OUI
 Lesquels ?
 Jusqu'à quand ?

Pour les personnes de sexe féminin :

5 a) ~~Grossesses antérieures ?~~ ~~Êtes-vous enceinte ?~~ NON OUI
 Combien ?
 De combien de mois ?
 Complications éventuelles :

b) ~~Avez-vous effectué une mammographie au cours des cinq dernières années ?~~ ~~Pour toute mammographie de moins d'un an, joindre la copie du compte-rendu.~~ NON OUI
 Date : / / / / / Résultat :

6 a) Veuillez nous indiquer votre taille et votre poids : Taille 176 cm Poids 74,5 kg

b) Avez-vous perdu du poids au cours des 12 derniers mois ? Cette perte de poids est-elle intentionnelle ? NON OUI
 Combien de kg :
 Motifs :

7 Veuillez nous indiquer votre tension artérielle habituelle : Est-elle traitée ? NON OUI
 Tension artérielle habituelle : 12/07
 Depuis quand ? Toujours NON
 Chiffres avant traitement : /

8 a) Etes vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale, pour raison de santé (hormis congés légaux pour maternité) ? NON OUI
 Total Partiel Depuis : / / / / /
 Pourquoi ?

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) ? NON OUI
 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 ? NON OUI
 Civile Militaire Allocation Adulte Handicapé
 Motifs :
 Depuis quand ? Taux : %
 Auprès de quel organisme ?

9 Avez-vous consulté un médecin au cours des 12 derniers mois ? NON OUI
 Quand ? 15/01/2017 Pourquoi ? Grippe

10 a) Prenez-vous des médicaments régulièrement ou recevez-vous des soins médicaux ? NON OUI
 Médicaments / Soins :
 Depuis quand ? / / / / / Pourquoi ?

b) Vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 21 jours au cours des 5 dernières années ? NON OUI
 Quand ? Durée :
 Pourquoi ?

c) Au cours des 10 dernières années, avez-vous subi un traitement par substances radioactives, une chimiothérapie ou une transfusion sanguine ? NON OUI
 Pourquoi ?
 Quand ? Durée du traitement :
 Résultat :

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 ? NON OUI
 Date : / / / / / Pourquoi ?

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.	
a) Tuberculose, paludisme, amibiase, maladies sexuellement transmissibles ou infection conséquence d'une immuno-déficience acquise ou toute autre maladie infectieuse ou parasitaire ?	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
b) Diabète, hypercholestérolémie, goutte, affection de la thyroïde (goitre) ou toute autre atteinte du système endocrinien ou du métabolisme ?	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
c) Anémie, anomalie de la coagulation, de la moelle osseuse, leucémie ou toute autre maladie du sang ?	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
d) Stress, anxiété, surmenage, névrose, dépression, psychose, tentative de suicide ou toute autre atteinte psychiatrique ?	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
e) Paralysie, accident vasculaire cérébral, épilepsie, sclérose en plaques, sciatique, ou toute autre maladie du système nerveux ou des muscles ?	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
11 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 checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
h) Bronchite chronique, asthme, emphyseme, tuberculose ou toute autre maladie de l'appareil respiratoire ?	<input checked="" 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 (hépatite, cirrhose), de la vésicule ou du pancréas, hernie ou toute autre maladie de l'appareil digestif ou atteinte de l'abdomen ?	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
j) Albuminurie, affections des reins, des voies urinaires (coliques néphrétiques, cystite), des organes génitaux ou toute autre maladie de l'appareil urogenital ?	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
k) Psoriasis, kyste, naevus, eczéma, purpura, démangeaisons ou toute autre maladie de la peau ?	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
l) Ostéoporose, lumbago, hernie discale, arthrose, douleurs dorsales ou toute autre maladie des os ou des articulations ?	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
m) Tumeur ou cancer ?	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
n) Ou toute autre maladie ou invalidité non citée ci-dessus ?	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Durée : _____ Pourquoi ? _____
	b) Devez-vous être hospitalisé prochainement ou subir une intervention chirurgicale ?	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Quand ? _____ Pourquoi ? _____
14	a) Vous a-t-on fait au cours des 5 dernières années (sauf examens réalisés pour cette proposition d'assurance) 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 checked="" type="checkbox"/>	Nature de(s) l'examen(s) : <u>Médecin analyse sang</u> Motifs : _____ Date(s) : <u>26/11/2015</u> Résultats : _____ <u>OK</u>
	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 checked="" 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 checked="" 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 : <u>Loïc BOSSER</u> Adresse : <u>25 Rue ATB Raïse Fleury 76000 Rouen</u>	
17	Avez-vous autre chose à déclarer ?	<u>NON</u>	

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) Pascal Rousset Fait à Rouen, le 14/03/2017
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 **MERCİ DE JOINDRE TOUS LES JUSTIFICATIFS MEDICAUX 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.