

Tableau des formalités Super Novaterm Crédit



Les formalités sont indispensables pour permettre l'appréciation du risque par l'assureur. Elles dépendent, pour chaque personne à assurer, de son âge et des capitaux.

Le montant du capital à prendre en compte pour les formalités médicales est égal au $\text{Capital total (€)} \times \text{Quotité assurée (\%)}$

IMPORTANT :

- Dans tous les cas, les déclarations ou questionnaires de santé doivent être remplis et signés par la personne à assurer.
- Si une visite médicale est exigée, le médecin doit compléter et signer l'examen médical.

| Capital à assurer par personne | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------|---------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------------|
| Âge | 7 500 € à 14 999 € | 15 000 € à 30 000 € | 30 001 € à 150 000 € | 150 001 € à 300 000 € | 300 001 € à 400 000 € | 400 001 € à 500 000 € | 500 001 € à 1 000 000 € | 1 000 001 € à 2 000 000 € | 2 000 001 € à 3 500 000 € | 3 500 001 € à 50 000 000 €* |
| 45 ans ou moins | X | QES | | | QS | | | 4 | 6 | |
| De 46 ans à 55 ans | | 1 | | | 2 | | | 5 | | |
| De 56 ans à 65 ans | | QS | | | | | | 7 | | |
| De 66 ans à 85 ans | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | Formalités financières |

* pour les capitaux assurés entre 20 000 001€ et 50 000 000€ d'autres formalités pourraient être demandées

| Code | Description | Formalités | Durée de validité : |
|------|---|---|---------------------|
| QES | Questionnaire d'État de Santé (QES) | + Questionnaire Extension de Garantie dos et/ou psy, si applicable | } 4 mois |
| QS | Questionnaire de Santé (QS) | + Questionnaire Extension de Garantie dos et/ou psy, si applicable | |
| 1 | Questionnaire de Santé + Examen Médical | + Questionnaire Extension de Garantie dos et/ou psy, si applicable | |
| 2 | Questionnaire de Santé + Examen Médical | + Examen de sang (1) et (2) + Electrocardiogramme de repos réalisé par un généraliste. + Questionnaire Extension de Garantie dos et/ou psy, si applicable | |
| 3 | Questionnaire de Santé + Examen Médical | + Examen de sang (1) et (2) et (3) + Electrocardiogramme de repos réalisé par un généraliste. | |
| 4 | Questionnaire de Santé + Examen Médical | + Examen de sang (1) et (2) et (3) + Electrocardiogramme de repos réalisé par un généraliste + Examen cytot bactériologique des urines + Dosage pondéral de la cotinine urinaire. | |
| 5 | Questionnaire de Santé + Examen Médical | + Examen de sang (1) et (2) et (3) + Electrocardiogramme de repos et Electrocardiogramme d'effort avec bilan cardio-vasculaire complet + Examen cytot bactériologique des urines + Dosage pondéral de la cotinine urinaire. + Pour les hommes de + 55 ans : Dosage de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) | |
| 6 | Questionnaire de Santé + Examen Médical | + Examen de sang (1) et (2) et (3) + Electrocardiogramme de repos et Electrocardiogramme d'effort avec bilan cardio-vasculaire complet + Examen cytot bactériologique des urines + Dosage pondéral de la cotinine urinaire. + Echocardiographie avec compte rendu + Mammographie pour les femmes | |
| 7 | Questionnaire de Santé + Examen Médical | + Examen de sang (1) et (2) et (3) + Electrocardiogramme de repos et Electrocardiogramme d'effort avec bilan cardio-vasculaire complet + Examen cytot bactériologique des urines + Dosage pondéral de la cotinine urinaire. + Dosage de l'antigène spécifique de la prostate (P.S.A.) pour les hommes + Mammographie pour les femmes + Echocardiographie avec compte rendu | |

Les frais relatifs aux formalités médicales requises ci-dessus seront remboursés à concurrence des plafonds suivants :

| | |
|---|-------|
| • Visite médicale | 88 € |
| • Examen de sang (1) : Cholestérol total et HDL, maladie d'immunodéficience humaine 1 et 2 | 53 € |
| • Examen de sang (2) : Hémogramme, CRP, Plaquettes, Glycémie, Triglycérides, Créatinine, Gamma GT, ASAT, ALAT | 45 € |
| • Examen de sang (3) : Marqueurs de l'hépatite B (Ag Hbs) et de l'hépatite C (AC anti-VHC) | 106 € |
| • Electrocardiogramme réalisé par un généraliste (tracé + compte rendu) | 50 € |
| • Dosage pondéral de la cotinine urinaire | 31 € |
| • Electrocardiogramme d'effort avec bilan cardio-vasculaire complet avec compte rendu | 121 € |
| • Examen cytot bactériologique des urines | 21 € |
| • Dosage de l'antigène spécifique de la prostate (P.S.A.) | 30 € |
| • Mammographie | 67 € |
| • Echocardiographie avec compte rendu | 97 € |

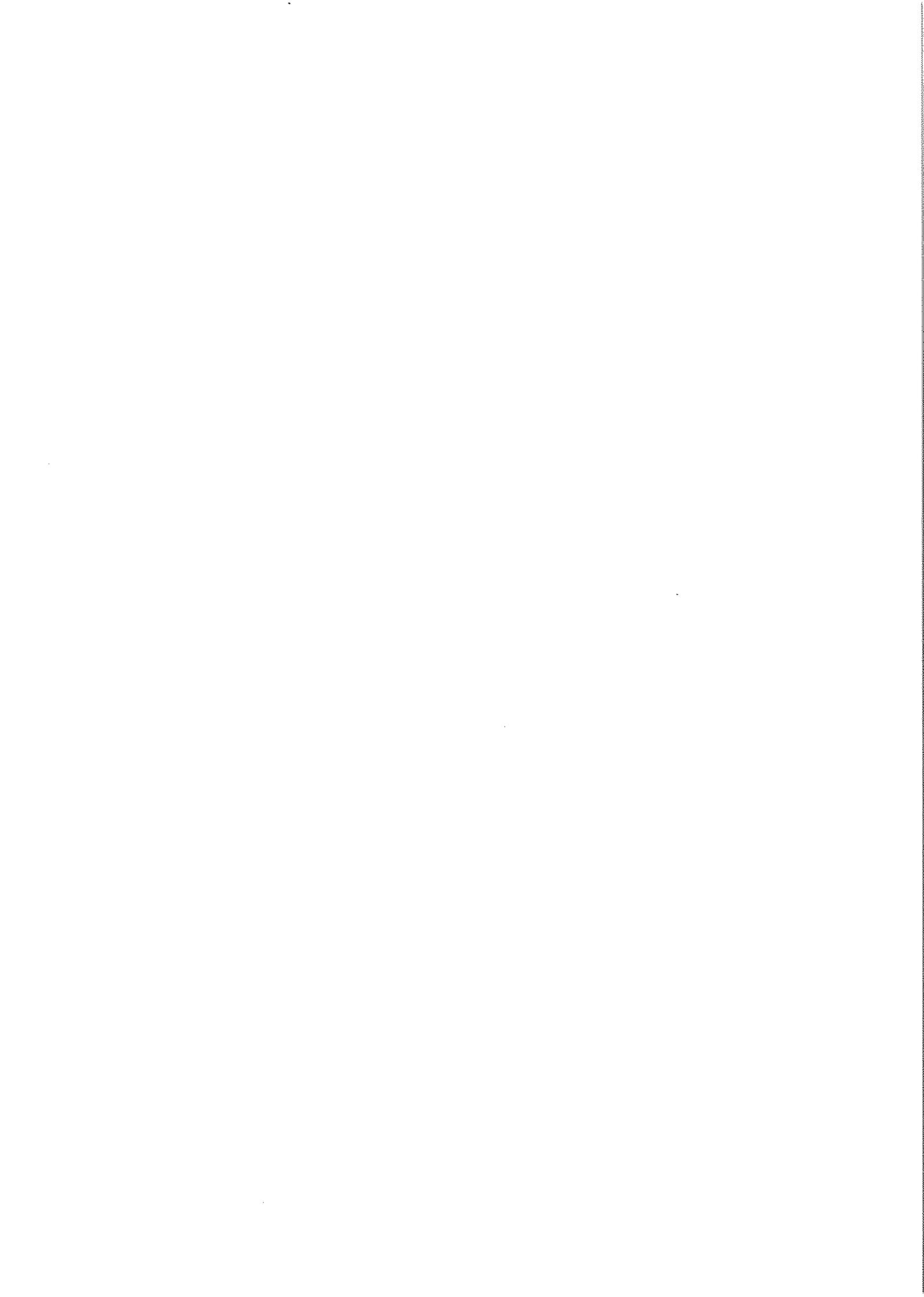
Durée de validité de ces examens : 1 an.

Formalités financières

- > Capital à assurer de 1 000 001 € à 2 000 000 € : Rapport Moral et Financier.
- > Capital à assurer à partir de 2 000 001 € : Rapport Moral et Financier et joindre justificatifs financiers.
- > En cas de souscription de la garantie Incapacité Temporaire Totale, dont l'indemnité journalière est supérieure à 500 € : Rapport Moral et Financier à compléter par l'assuré.

Formalités complémentaires

- > La pratique de certains sports ou certains séjours à l'étranger peut nécessiter de compléter des questionnaires spécifiques, sur demande de MetLife.
- > Joindre le mandat SEPA, le RIB, une copie de la pièce d'identité du souscripteur ou signataire du contrat ainsi qu'un extrait k-bis de la société souscriptrice.
- > En cas de rachat des exclusions « dos et/ou psy », compléter le questionnaire « exclusion de garantie dos et/ou psy ».



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) : ROUSSÉL VÉRONIQUE HACHARD
 b) Date de naissance 14/07/1962 Profession actuelle et antérieure : DIRIGEANT D'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, supprimées, acceptées avec restriction ou qui sont en attente d'acceptation ? NON OUI
 Au près de quelle(s) Compagnie(s) ? _____
 Date : / / / / / Décision : _____
 Motifs de la restriction : _____

b) Etes-vous titulaire d'autres contrats d'assurance décès ou invalidité ? (hors prévoyance collective) NON OUI
 Au près 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 : COURSE A PIED
 A quelle fréquence ? 2 x semaines
 A titre professionnel ? OUI NON
 En compétition ? OUI (AMATEUR)

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) ? PEROU
 Fréquence : régulière occasionnelle
 Quand : au cours des 12 prochains mois futur ?

4 a) Consommez-vous des boissons alcoolisées (quantité par jour) ? NON OUI
 Vin 5 cl Bière cl Apéritif cl Alcool cl

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

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

Pour les personnes de sexe féminin :

5 a) Grossesses antérieures ? a quelle gestin faut il répondre
 Êtes-vous enceinte ? OUI NON
 Combien ? 2 grossesses
 De combien de mois ? 8
 Complications éventuelles : 0
Non je ne suis pas enceinte

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

6 a) Veuillez nous indiquer votre taille et votre poids : Taille 166 cm Poids 61 kg

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

7 Veuillez nous indiquer votre tension artérielle habituelle : Est-elle traitée ? OUI NON
 Tension artérielle habituelle : 11,07
 Depuis quand ? / / / / /
 Chiffres avant traitement : /

8 a) Etes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale, pour raison de santé (hormis congés légaux pour maternité) ? OUI NON
 Total Partiel Depuis : / / / / /
 Pourquoi ? _____
 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) ? OUI NON
 Traitement : _____
 Dates de début : / / / / /
 et de fin de traitement : / / / / /
 Résultat : _____

c) Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une incapacité au travail ou d'une invalidité ? OUI NON
 Civile Militaire Allocation Adulte Handicapé
 Motifs : _____
 Depuis quand ? _____ Taux : _____ %
 Au près de quel organisme ? _____

9 Avez-vous consulté un médecin au cours des 12 derniers mois ? NON OUI
 Quand ? PREMIERE GEBERME
GAUCHE

a) Prenez-vous des médicaments régulièrement ou recevez-vous des soins médicaux ? NON OUI
 Médicaments / Soins : LEVOTYPOX MS
15
 Depuis quand ? / / / / /
HYPOPHYSE Pourquoi ? IODATINIC

10 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 ? HYPOPHYSE

c) Au cours des 10 dernières années, avez-vous subi un traitement par substances radioactives, une chimiothérapie ou une transfusion sanguine ? OUI NON
 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 ? OUI NON
 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 type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | | hypertension artérielle |
| 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) Paralyse, 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'œil ? | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | | myopie G. copie de la carte |
| 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 côlon 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 urogénital ? | <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 ? 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. Quand ? _____ Durée : _____
Pourquoi ? _____
b) Devez-vous être hospitalisé prochainement ou subir une intervention chirurgicale ? 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 ? Nature de(s) l'examen(s) : SUIVI OPHTALMOLOGIQUE : FORTIS ANNUEL, HEMOCARAPHE DE BÉPISAGE, ECO THYROÏDE
Date(s) : _____
Résultats : BON BIEN
Joindre le résultat des examens anormaux JSH
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 ? Nature de(s) l'examen(s) : _____
Motifs : _____
Date(s) : _____
Résultats : _____
Joindre le résultat des examens anormaux

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. Nature de(s) l'examen(s) : EPÉRIE D'EFFORT DE BÉPISAGE : ACUTE SPORTIVE
Motifs : _____
Date(s) : RÉALISÉ EN MARCEL
Résultats : _____
Dans tous les cas, joindre la copie du résultat.

16 Quel est votre médecin habituel (nom et adresse) ? Nom : Loïc BOSSER
Adresse : Rue Ambroise Fleury - 76000 ROUEN

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 le 6 janvier 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 «Médicin Conseil» en précisant votre nom, prénom et si possible votre référence client.

Je soussigné (Nom et Prénom) ROUSSEL Veronique Fait à ROUEN le 16/07/2014
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

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 Médicin Conseil - Cœur Défense - Tour A - 110 Esplanade du Général de Gaulle - 92931 LA DEFENSE Cedex.

Juillet 2016 - Avant de transmettre votre formulaire de déclaration de risque à notre Médicin Conseil, merci d'en conserver une copie.

Le médecin est prié de répondre à toutes les questions, de commenter les éventuelles anomalies constatées, et de signer le présent examen.
REMARQUE : le médecin examinateur est prié de vérifier l'identité du proposant et de reporter le n° de sa pièce d'identité.

1 NOM et Prénom de la personne à assurer **ROUSSEL VIRONIQUE**
Pièce d'identité N°

| | NON | OUI | Si OUI, merci de préciser impérativement : |
|---|--------------------------|-------------------------------------|--|
| 2 Avez-vous déjà soigné la personne à assurer ? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Quand ? MEDICIN GÉNÉRALISTE Pour quelles pathologies ? SURT MASTHOÏDE |

Constitution

| | | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|------------|--|
| a) Taille | <input checked="" type="checkbox"/> | 166 | cm (résultat de la mensuration) |
| b) Poids | <input checked="" type="checkbox"/> | 61 | kg (résultat de la pesée) |
| 3 c) Périmètre du thorax | <input checked="" type="checkbox"/> | 98 | cm en inspiration <input checked="" type="checkbox"/> 94 cm en expiration |
| d) Circonférence de l'abdomen | <input checked="" type="checkbox"/> | 76 | cm |

Généralités

| | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------|
| 4 a) Existe-t-il des anomalies congénitales et de croissance ? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lesquelles ? |
| b) Y a-t-il des difformités ou des malformations (thorax, colonne vertébrale, membres, etc...) ? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lesquelles ? |

Habitudes

| | | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------|
| 5 a) Les occupations ou les habitudes de la personne à assurer peuvent-elles nuire à sa santé ? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lesquelles ? |
| b) Y a-t-il des signes suggérant une consommation d'alcool excessive, des indices d'abus de tabac, de médicaments ou d'usage de stupéfiants ? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lesquelles ? |

Système endocrinien et métabolisme

| | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------|------------|
| 6 Votre examen met-il en évidence une anomalie ? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Laquelle ? |
|--|-------------------------------------|--------------------------|------------|

Psychiatrie

| | | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------|
| 7 Y a-t-il des troubles du comportement ou des signes pouvant évoquer une affection psychiatrique ? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lesquelles ? |
|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------|

Système nerveux et muscles

| | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------|------------|
| 8 Constatez-vous une symptomatologie évocatrice d'une atteinte du système nerveux ou d'une myopathie ? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Laquelle ? |
|--|-------------------------------------|--------------------------|------------|

Organes sensitifs

| | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| a) Y a-t-il une affection de l'appareil auditif ? Y a-t-il une baisse de l'acuité auditive ? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Laquelle ? Degré : D. : G. : D. : G. : |
| 9 b) Y a-t-il une affection des yeux ? Nécessite-t-elle une correction ? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Laquelle ? MYOPIE, VOIR CORRECTION avant correction: OD 2.50 OG 2.50 après correction: OD avec 2.50 dioptries OG avec 2.50 dioptries |

Appareil cardio-vasculaire

| | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------|---|
| a) L'aire cardiaque est-elle agrandie (à l'examen) ? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Importance ? |
| b) Troubles du rythme ? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lesquelles ? |
| c) Constatez-vous une anomalie des bruits du coeur ? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Laquelle ? |
| 10 d) Entendez-vous un souffle cardiaque ? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Systolique <input type="checkbox"/> Diastolique Intensité : Où ? Comment se propage-t-il ? Irradiation ? Le souffle est-il organique ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non diagnostique : |
| e) Existe-t-il une anomalie du pouls radial, carotidien, fémoral, tibial postérieur ou pédieux ? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Siège : <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche Cause : Importance : |
| f) Troubles du système veineux, oedème, troubles trophiques ? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lesquelles ? Importance : |

NOM et Prénom de la personne à assurer ROUSSEL VERONIQUE

EXAMED-2

NON OUI

Si OUI, merci de préciser impérativement :

Tension artérielle :

Est-elle traitée ?

Systolique 110

Diastolique 70

11 - Si les chiffres tensionnels sont supérieurs à 13,7/8,7, veuillez effectuer un contrôle en fin d'examen après repos.

Contrôle éventuel :

Systolique

Diastolique

Pouls

12 - Si fréquence inférieure à 60 ou supérieure à 90, veuillez effectuer un contrôle en fin d'examen. Résultat du contrôle : 45/mn

Fréquence du pouls : 45/mn

Appareil respiratoire

13 a) Votre examen met-il en évidence une anomalie ?

Laquelle ?

b) Examen radiologique (déjà réalisé) ?

Date : / / Résultat ?

Appareil digestif

14 a) La langue, le pharynx et les amygdales ont-ils un aspect pathologique ?

Lequel ?

b) La palpation de l'abdomen décèle-t-elle un état pathologique ?

Lequel ?

c) Le foie est-il agrandi ?

De combien de cm ? Consistance

d) La rate est-elle agrandie ?

Palpable sur cm - Cause :

e) Y a-t-il une hernie, une éventration ?

Siège : - Bilatérale : Oui Non

Appareil urogénital

a) Y a-t-il des indices d'une affection des organes génitaux ou des seins ?

Lesquels ?

b) Examen de l'urine (obligatoire) (l'urine doit être émise chez le médecin)

15 urine négative

albumine

Dosage éventuel : g/l

Autres substances anormales

sucré

Dosage éventuel : g/l

sang

pus

Peau

16 Y a-t-il une affection cutanée ou des phanères ?

Laquelle ?

Ganglions lymphatiques

17 Y a-t-il une augmentation du volume des ganglions lymphatiques ?

Siège ? Origine ?

Os, articulations et tissu conjonctif

18 Votre examen met-il en évidence un état pathologique ?

Lequel ?

Conclusion

a) Estimez-vous que le pronostic vital de cette personne est altéré ?

19 b) Faites-vous des réserves sur les risques d'invalidité totale ou partielle ou d'incapacité de travail ?

c) Remarques spéciales et suggestions :

IMPORTANT : la société invite le médecin à s'abstenir, à l'égard de la personne à assurer ou de l'intermédiaire, de toute remarque qui pourrait faire préjuger de la décision de l'assureur.

Les informations recueillies sur ce document sont nécessaires à l'étude et au traitement de la demande qui se feront dans le strict respect du secret médical. Le médecin est prié d'informer le demandeur que ses données médicales sont destinées à MetLife, ses mandataires et réassureurs et de s'assurer qu'il y consent expressément. Le demandeur peut, conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, modifier en 2004, y accéder, les faire rectifier ou s'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 son nom, prénom et si possible sa référence client.

Fait à Rouen, le 17/03/2017

Signature du médecin-examineur

Cachet du médecin-examineur Docteur BOSSER Loïc

76 / 110970 1

25, rue Ambroise Fleury

76000 ROUEN

Tél. 02 35 71 13 00 Fax 02 35 89 79 91

Veuillez SVP adresser directement ce rapport et la note de vos honoraires* (à concurrence du plafond de la Compagnie), accompagnés impérativement de la proposition d'assurance complétée et signée par l'assuré 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.

* Les honoraires ne seront remboursés qu'à réception des documents originaux précités.