

# Tableau des formalités Super Novaterm Crédit

JNo

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										3
De 66 ans à 85 ans		QS		Formalités financières						

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

QES	Questionnaire d'État de Santé (QES)	+ Questionnaire Extension de Garantie dos et/ou psy, si applicable	} Durée de validité : 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 cytotabériologique 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 cytotabériologique 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 cytotabériologique 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 cytotabériologique 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 cytotabériologique 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): ROUSSEL VÉRONIQUE HAUCHARD  
 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  
 Auprès 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  
 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: COURSE A PIED  
 A quelle fréquence ? 2 x semaines  
 A titre professionnel ?  OUI  NON  
 En compétition ?  OUI (CHATELAIN)

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  
 Cigarettes \_\_\_\_  Cigares \_\_\_\_  Pipes \_\_\_\_  Vaporette \_\_\_\_

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

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 ? à quelle Justin faut-il répondre  
 Êtes-vous enceinte ?  NON  OUI  
 Combien ? 2 grossesses  
 De combien de mois ? \_\_\_\_\_  
 Complications éventuelles : \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Résultat : loin comme tous les jours

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 ?  NON  OUI  
 Combien de kg : \_\_\_\_\_  
 Motifs : \_\_\_\_\_

7 Veuillez nous indiquer votre tension artérielle habituelle : Est-elle traitée ?  NON  OUI  
 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) ?  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 ? PREVENCHE GÉRIATRIE GUMPE  
 Médicaments / Soins : LEVOTYROX MS

a) Prenez-vous des médicaments régulièrement ou recevez-vous des soins médicaux ?  NON  OUI  
 Depuis quand ? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Pourquoi ? HYPOthyroïdisme IODATINÉE

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

c) Au cours des 10 dernières années, avez-vous subi un traitement par substances radioactives, une chimiothérapie ou une transfusion sanguine ?  NON  OUI  
 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 ? \_\_\_\_\_

NOM et Prénom de la personne à assurer

ROUSSEL VERONIQUE

QUSA-2

NON OUI

Si OUI, merci de préciser impérativement :

Table with 11 rows of medical questions (a-n) and checkboxes for 'NON' and 'OUI'. Includes handwritten answers like 'myopie' and 'g. copie de la carotide'.

Joindre une copie des documents médicaux en votre possession réalisés au moment du diagnostic et dans le cadre du suivi de la pathologie.

Questions 12-17 regarding accidents, surgery, exams, and doctor information. Includes handwritten details like 'Léa Bossier' and 'Rue Ambroise Fleury'.

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.

Je soussigné (Nom et Prénom) ROUSSEL Veronique Fait à Rouen, le 17/10/2014

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.

Juillet 2015 - Avant de transmettre votre formulaire de déclaration de risque à notre Médecin 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 ? <b>MEDICAMENTS GÉNÉRALISÉS</b> Pour quelles pathologies ? <b>SURTOUT MASTITITE</b>

**Constitution**

a) Taille	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>166</b>	cm (résultat de la mensuration)
b) Poids	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>61</b>	kg (résultat de la pesée)
3 c) Périmètre du thorax	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>98</b>	cm en inspiration <input checked="" type="checkbox"/> <b>94</b> cm en expiration
d) Circonférence de l'abdomen	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>76</b>	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 ? <b>MYOPIE, VISION CORRECTÉE</b> avant correction: OD <b>2</b> OG <b>2</b> après correction: OD <b>0</b> avec <b>0</b> dioptries OG <b>0</b> avec <b>0</b> 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 Diagnostic :
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 ROUSSEZ VERONIQUE

EXAMED-2

NON OUI Si OUI, merci de préciser impérativement :

Tension artérielle : Systolique 110 Diastolique 70
Est-elle traitée ? [X] Depuis quand ?
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

Appareil respiratoire
13 a) Votre examen met-il en évidence une anomalie ? [X] Laquelle ?
b) Examen radiologique (déjà réalisé) ? [X] Date : Résultat :

Appareil digestif
14 a) La langue, le pharynx et les amygdales ont-ils un aspect pathologique ? [X] Lequel ?
b) La palpation de l'abdomen décèle-t-elle un état pathologique ? [X] Lequel ?
c) Le foie est-il agrandi ? [X] De combien de cm ? Consistance
d) La rate est-elle agrandie ? [X] Palpable sur cm - Cause :
e) Y a-t-il une hernie, une éventration ? [X] Siège : - Bilatérale : Oui Non

Appareil urogénital
15 a) Y a-t-il des indices d'une affection des organes génitaux ou des seins [X] Lesquels ?
b) Examen de l'urine (obligatoire) - (l'urine doit être émise chez le médecin)
Voix négatives
Belle glycémie
albumine [X] Dosage éventuel : g/l
sucre [X] Dosage éventuel : g/l
sang [X]
pus [X]

Peau
16 Y a-t-il une affection cutanée ou des phanères ? [X] Laquelle ?

Ganglions lymphatiques
17 Y a-t-il une augmentation du volume des ganglions lymphatiques ? [X] Siège ? Origine ?

Os, articulations et tissu conjonctif
18 Votre examen met-il en évidence un état pathologique ? [X] Lequel ?

Conclusion
19 a) Estimez-vous que le pronostic vital de cette personne est altéré ? [X]
b) Faites-vous des réserves sur les risques d'invalidité totale ou partielle ou d'incapacité de travail ? [X]
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.

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.