

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										
De 56 ans à 65 ans		1	2		3		5			
De 66 ans à 85 ans									QS	7
Formalités financières										

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

			} Durée de validité : 4 mois
QES	Questionnaire d'État de Santé (QES)	+ Questionnaire Extension de Garantie dos et/ou psy, si applicable	
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 cyto 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 cyto 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 cyto 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 cyto bactériologique des urines + Dosage pondéral de la cotinine urinaire. + Dosage de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) 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 cyto 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 ».

QUESTIONNAIRE D'ÉTAT DE SANTÉ (QES)

QUES

MetLife®

Vous avez la possibilité de remplir ce document à votre domicile.

NOM :

Prénom :

Date de naissance : / /

NON OUI

AU COURS DES 10 DERNIÈRES ANNÉES

1

Avez-vous été hospitalisé ou opéré autre que pour : appendicite, hernies de la paroi abdominale, hémorroïdes, amygdales, végétations, déviation de la cloison nasale, maternité, varices, dents de sagesse?

Avez-vous effectué un ou plusieurs examens médicaux (analyse de sang, radiographies, scanner, IRM, électrocardiogramme, échographie, scintigraphie ou autres examens) qui se soient révélés anormaux et / ou qui aient nécessité un traitement ou une surveillance ?

AU COURS DES 5 DERNIÈRES ANNÉES

2

Avez-vous été en Incapacité Totale ou Partielle (exemple : arrêt de travail, mi-temps thérapeutique) pendant plus de 21 jours consécutifs (hormis l'Incapacité pour maternité) ?

Vous a-t-il été prescrit un traitement médical pendant plus de 21 jours consécutifs ?

PRÉSENT

3

Etes-vous actuellement en Incapacité Totale ou Partielle (exemple : arrêt de travail, mi-temps thérapeutique) sur prescription médicale ?

Suivez-vous actuellement un traitement médical ou des soins médicaux ?

La différence entre votre taille (cm) et votre poids (kg) est-elle inférieure à 80 ou supérieure à 120 ?
(Ex : 175cm – 70 kg= 105)

FUTUR

4

Devez-vous être hospitalisé ou subir une intervention chirurgicale, un bilan, des investigations médicales spécialisées ?

Si vous avez répondu OUI à l'une ou plusieurs des questions ci-dessus,
merci de renseigner et d'adresser uniquement le Questionnaire de Santé.

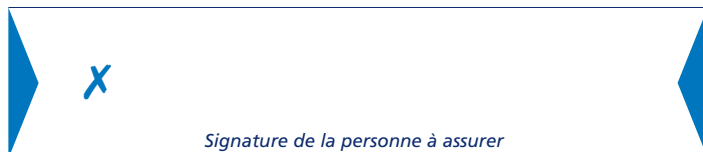
La validité des présentes déclarations est de 120 jours ;
si la date de prise d'effet des garanties doit intervenir ultérieurement, METLIFE pourra demander le renouvellement des formalités d'admission.

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) 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.

Fait à ,

le / /



Signature de la personne à assurer

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) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	b) Date de naissance <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Profession actuelle et antérieure :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			auprès de quelle(s) Compagnie(s) ? <input type="text"/> Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Décision : <input type="text"/> Motifs de la restriction : <input type="text"/>
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) ? <input type="text"/> Total des montants en cours assurés : <input type="text"/> Date de souscription : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
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 : <input type="text"/> A quelle fréquence ? <input type="text"/> 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) ? <input type="text"/> 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 <input type="checkbox"/> cl <input type="checkbox"/> Bière <input type="checkbox"/> cl <input type="checkbox"/> Apéritif <input type="checkbox"/> cl <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> 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 : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Motifs : <input type="text"/>
	c) Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants (drogues) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Lesquels ? <input type="text"/> Jusqu'à quand ? <input type="text"/>
Pour les personnes de sexe féminin :			
5	a) Grossesses antérieures ? Êtes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Combien ? <input type="text"/> De combien de mois ? <input type="text"/> Complications éventuelles : <input type="text"/>
	b) Avez-vous effectué une mammographie au cours des cinq dernières années ? <small>Pour toute mammographie de moins d'un an, joindre la copie du compte-rendu.</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Résultat : <input type="text"/>
6	a) Veuillez nous indiquer votre taille et votre poids :	Taille <input type="text"/> cm	Poids <input type="text"/> 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 : <input type="text"/> Motifs : <input type="text"/>
7	a) Veuillez nous indiquer votre tension artérielle habituelle : Est-elle traitée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Tension artérielle habituelle : <input type="text"/> / <input type="text"/> Depuis quand ? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Chiffres avant traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/>
8	a) 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"/>
			<input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Partiel Depuis : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Pourquoi ? <input type="text"/>
	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) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Pourquoi ? <input type="text"/> Traitement : <input type="text"/> Dates de début : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> et de fin de traitement : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Résultat : <input type="text"/>
	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 : <input type="text"/> Depuis quand ? <input type="text"/> Taux : <input type="text"/> % Après de quel organisme ? <input type="text"/>
9	a) Avez-vous consulté un médecin au cours des 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Quand ? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Pourquoi ? <input type="text"/>
10	a) Prenez-vous des médicaments régulièrement ou recevez-vous des soins médicaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Médicaments / Soins : <input type="text"/> Depuis quand ? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Pourquoi ? <input type="text"/>
	b) 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 ? <input type="text"/> Durée : <input type="text"/> Pourquoi ? <input type="text"/>
	c) 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 ? <input type="text"/> Quand ? <input type="text"/> Durée du traitement : <input type="text"/> Résultat : <input type="text"/>
	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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Pourquoi ? <input type="text"/>

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.
11	a) Tuberculose, paludisme, amibiase, maladies sexuellement transmissibles ou infection conséquence d'une immuno-déficience acquise ou toute autre maladie infectieuse ou parasitaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Diabète, hypercholestérolémie, goutte, affection de la thyroïde (<i>goitre</i>) ou toute autre atteinte du système endocrinien ou du métabolisme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) Anémie, anomalie de la coagulation, de la moelle osseuse, leucémie ou toute autre maladie du sang ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d) Stress, anxiété, surmenage, névrose, dépression, psychose, tentative de suicide ou toute autre atteinte psychiatrique ?	<input 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 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 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 ou toute autre maladie de l'appareil cardio-vasculaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	h) Bronchite chronique, asthme, emphysème, tuberculose ou toute autre maladie de l'appareil respiratoire ?	<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 ou toute autre maladie de l'appareil digestif ou atteinte de l'abdomen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	j) Albuminurie, affections des reins, des voies urinaires (<i>coliques néphrétiques, cystite</i>), des organes génitaux ou toute autre maladie de l'appareil urogénital ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	k) Psoriasis, kyste, naevus, eczéma, purpura, démangeaisons ou toute autre maladie de la peau ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	l) Ostéoporose, lumbago, hernie discale, arthrose, douleurs dorsales ou toute autre maladie des os ou des articulations ?	<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 ? Communiquer les comptes rendus opératoires et histologiques des interventions réalisées et le compte-rendu d'hospitalisation.	<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 ? Joindre le résultat des examens anormaux	<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 ? Joindre le résultat des examens anormaux	<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. Dans tous les cas, joindre la copie du résultat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nature de(s) l'examen(s) : _____ Motifs : _____ Date(s) : _____ Résultats : _____
16	Quel est votre médecin habituel (<i>nom et adresse</i>) ?	Nom : _____ Adresse : _____		
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, 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) _____, 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 - DIP - à l'attention du Médecin Conseil - Cœur Défense - Tour A - 110 Esplanade du Général de Gaulle - 92931 LA DEFENSE Cedex.

Civilité	<input type="checkbox"/> M.	<input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> Mlle
Nom	<input type="text"/>		
Prénom(s)	<input type="text"/>		
Nom de jeune fille	<input type="text"/>		
Date de naissance	<input type="text"/>		

Si vous souhaitez souscrire à l'option Affections Psychiques répondez à la question A,
Si vous souhaitez souscrire à l'option Atteintes Discales et/ou Vertébrales répondez à la question B,
Si vous souhaitez souscrire aux options Affections Psychiques et Atteintes Discales et/ou Vertébrales, répondez aux questions A et B.

A) Option Affections Psychiques

Avez-vous déjà souffert ou reçu des traitements pour une affection psychique ou psychiatrique, dépression, trouble anxio-dépressif, névrose, psychose, schizophrénie, anorexie mentale ou boulimie, tentative de suicide ou trouble de la personnalité?

Oui

Non

B) Option Atteintes Discales et/ou Vertébrales

Avez-vous déjà souffert ou reçu des traitements pour une atteinte de la colonne vertébrale, hernie discale, discopathie, lumbago, lombalgie ou une sciatique ?

Oui

Non

Ces options sont proposées en cas de souscription de la garantie IPT ou IP ou/et ITT quel que soit le montant assuré. Le montant de la prestation est plafonné à 350 € par jour et à 1 500 000 € par Assuré au sein de MetLife.

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.

Fait à
Le

X

OBLIGATOIRE

Signature de l'Assuré

LEVEE DU SECRET MEDICAL

Je soussigné(e) _____, né(e) le _____ à _____,
déclare autoriser MetLife à transmettre des demandes de complément d'information médicale
indispensable à l'instruction de ma demande d'adhésion à _____.(nom du courtier)

J'accepte également que le médecin conseil de la Compagnie transmette des demandes de complément
d'information médicale à _____.(nom du courtier)

J'accepte également que le médecin me transmette des demandes de complément d'information médicale
par courrier électronique.

**Compte tenu de la levée du secret médical concernant les éléments de mon état de santé, je renonce à
tout recours à l'encontre de (nom du courtier)_____ et du médecin conseil de la
Compagnie Metlife, notamment à me prévaloir de l'article 226-13 du code Pénal.**

Adresse mail ou les demandes complémentaires peuvent être adressées : (merci d'écrire le plus lisiblement possible)

_____@_____

Fait à _____ le, _____

Signature de l'assuré(e)

De la main de l'assuré(e) précédée de la mention " Lu et approuvé "