

À compléter et à signer sans rature, ni surcharge, par les assurés âgés de :

- 45 ans ou moins, s'assurant pour un capital compris entre 15 000 € et 250 000 €
- 46 ans à 55 ans, s'assurant pour un capital compris entre 15 000 € et 150 000 €
- 56 à 65 ans, s'assurant pour un capital compris entre 15 000 € et 30 000 €
- 66 à 85 ans, s'assurant pour un capital compris entre 7 500 € et 30 000 €

1^{er} Assuré

NOM :
 Prénom :

2^{ème} Assuré

NOM :
 Prénom :

Je soussigné(e) déclare :

- 1 Ne pas être atteint, à ma connaissance, d'une infirmité, d'une affection ou d'une maladie de quelque nature que ce soit et ne pas suivre de traitement ou ne pas être en cours d'investigations ou de surveillance médicale.
- 2 Ne pas avoir été, au cours des 10 dernières années, sous traitement ou contrôle médical pendant plus de 21 jours consécutifs.
- 3 Ne pas devoir, à ma connaissance, être hospitalisé ou subir des examens ou un bilan médical à visée diagnostique.
- 4 Ne pas avoir été, au cours des 10 dernières années, hospitalisé pour une intervention chirurgicale (à l'exclusion des végétations, des amygdales, de l'appendice, des hémorroïdes, de la cloison nasale, des varices, des dents de sagesse, maternité), ou pour un bilan médical, un traitement, des examens.
- 5 Ne pas être en incapacité de travail totale ou partielle ou ne pas avoir été, au cours des 5 dernières années, en arrêt de travail total ou partiel pendant plus de 21 jours consécutifs (hormis l'arrêt pour maternité).
- 6 Ne pas avoir subi un test de dépistage des sérologies VHB, VHC (virus des hépatites), VIH 1 et 2 (SIDA) qui se soit révélé positif.
- 7 Ne pas devoir séjourner à titre professionnel ou dans un but humanitaire hors d'Europe (UE / AELE), Amérique du Nord, Australie, Nouvelle-Zélande, Hong-Kong, Singapour, Japon.
- 8 Que la différence entre ma taille en cm et mon poids en kg est comprise entre 80 et 120.

Les informations recueillies sur ce document sont nécessaires à l'étude et au traitement de votre demande qui se fera 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, TSA 22 222, 34 place des Corolles, 92919 Paris la Défense Cedex, à l'attention du « Médecin Conseil » en précisant vos nom, prénom et si possible votre référence client.

Fait à ,
 le / /

Fait à ,
 le / /

Signature du 1^{er} Assuré

X

Signature du 2^{ème} Assuré

X

Notez bien : Si l'un des assurés ne peut pas signer cette déclaration, jusqu'à 65 ans il doit systématiquement remplir le QUESTIONNAIRE DE SANTÉ SIMPLIFIÉ ci-joint. À partir de 66 ans, l'assuré doit remplir le QUESTIONNAIRE DE SANTÉ. Le cas échéant, des formalités complémentaires pourront lui être demandées ensuite par MetLife.

Si vous souhaitez être couvert pour les sports exclus, merci de compléter le questionnaire sportif approprié (disponible auprès de votre intermédiaire).

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 - 34, place des Corolles - TSA 22 222 - 92919 PARIS LA DÉFENSE CEDEX.