

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ SIMPLIFIÉ (QSS)

N° de Police :

SNCQUSS

POUR UN TRAITEMENT RAPIDE DE VOTRE DOSSIER, RÉPONDEZ IMPÉRATIVEMENT À TOUTES LES QUESTIONS

Vous pouvez, à votre demande, vous faire assister par votre conseiller pour remplir ce questionnaire

1	a) NOM et Prénom (suivi s'il y a lieu du nom de jeune fille) : <input type="text"/>		
	b) Date de naissance <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Profession actuelle et antérieure : <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, supprimées, acceptées avec restriction ou qui sont en attente d'acceptation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Après de quelle(s) Compagnie(s) ? <input type="text"/> Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Décision : <input type="text"/> Motif de la restriction : <input type="text"/>	
	b / Etes-vous titulaire d'autres contrats d'assurance décès ou invalidité ? (hors prévoyance collective)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Après 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 / Sports pratiqués ? (y compris aviation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Lesquels ? <input type="text"/>	
	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	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"/> Motif : <input type="text"/>	
5	Veillez nous indiquer votre taille et votre poids :	Taille <input type="text"/>	cm Poids <input type="text"/>
6	Vous trouvez-vous en arrêt de travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Partiel Depuis : <input type="text"/> Pourquoi ? <input type="text"/>	
7	Avez-vous été, durant les 5 dernières années, incapable de travailler pendant plus de 21 jours consécutifs ou non consécutifs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Quand ? <input type="text"/> Durée : <input type="text"/> Pourquoi ? <input type="text"/>	
8	Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié d'une pension d'invalidité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pour quelle affection ? <input type="text"/> Depuis quand ? <input type="text"/> Taux : <input type="text"/> %	
9	Prenez-vous des médicaments régulièrement ou recevez-vous des soins médicaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Médicaments / Soins : <input type="text"/> Pour quels motifs ? <input type="text"/>	
10	Au cours des 5 dernières années, avez-vous été traité médicalement pendant plus de 21 jours consécutifs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pour quels motifs ? <input type="text"/> Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
11	Au cours des 10 dernières années, avez-vous subi une radiothérapie, une chimiothérapie, une transfusion ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pour quels motifs ? <input type="text"/> Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
12	Avez-vous ou non subi au cours des 5 dernières années un test de dépistage des sérologies, VHB, VHC (hépatites), VIH ? (Joindre le résultat des examens anormaux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nature de(s) l'examen(s) : <input type="text"/> Date(s) : <input type="text"/> Résultats : <input type="text"/>	
13	Au cours des 5 dernières années, avez-vous effectué un ou plusieurs examens médicaux (analyses 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 ? (Joindre le résultat des examens anormaux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Lesquels ? <input type="text"/> Date(s) : <input type="text"/> Résultats : <input type="text"/>	
14	Au cours des 10 dernières années, avez-vous été hospitalisé ou opéré (autre que pour : appendicite, hernies de la paroi abdominale guéries, hémorroïdes, amygdales, végétations, déviation de la cloison nasale, maternité, varices, dents de sagesse) ? (Joindre une copie des comptes rendus opératoires)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Quand ? <input type="text"/> Durée : <input type="text"/> Pour quel motif ? <input type="text"/>	
15	Devez-vous être hospitalisé prochainement ou subir une intervention chirurgicale, un bilan, des investigations médicales spécialisées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Quand ? <input type="text"/> Durée : <input type="text"/> Pour quel motif ? <input type="text"/>	
16	Au cours des 10 dernières années, êtes-vous ou avez-vous été atteint d'une infirmité ou d'une affection de quelque nature que ce soit ? (hormis affections saisonnières)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Laquelle ? <input type="text"/> Dates ? <input type="text"/> Séquelles ? <input type="text"/>	

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) Fait à , 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

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.