

# Questionnaire médical

## Couverture Accident MetLife (QCAM)



À remplir à l'encre noire.

1	NOM et Prénom :	<input type="text"/>	
	Pièce d'identité N °	<input type="text"/>	N° de police : <input type="text"/>

NON OUI

Si OUI, merci de préciser impérativement :

2	Souffrez-vous ou avez-vous été atteint d'une maladie respiratoire, cardio-vasculaire, de l'appareil digestif, de l'appareil génito-urinaire, du système nerveux, d'une maladie endocrinienne ou métabolique, neuropsychique, des os et des articulations, d'une tumeur ou de toute autre maladie non citée ci-dessus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez :	<input type="text"/>
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	

### Au cours des 5 dernières années

3	Troubles de l'humeur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date :	<input type="text"/>
				Durées :	<input type="text"/>
4	<ul style="list-style-type: none"><li>Avez-vous effectué des séjours en milieu hospitalier ?</li><li>Avez-vous fait l'objet d'une surveillance ou suivi un traitement médical d'une durée supérieure à 30 jours consécutifs ?</li><li>Êtes-vous ou avez-vous été en arrêt de travail d'une durée supérieure à 30 jours consécutifs ?</li></ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le(s)quel(s) :	<input type="text"/>
				Depuis quand :	<input type="text"/>
5	Devez-vous être hospitalisée prochainement ou subir des examens médicaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motifs :	<input type="text"/>
				<input type="text"/>	
6	Avez-vous été victime d'accident (d'automobile ou autre) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand :	<input type="text"/>
				Pour quel(s) motif(s) :	<input type="text"/>
7	a) Etes-vous titulaire d'une pension d'invalidité ? b) La reconnaissance d'une invalidité est-elle ou va-t-elle être engagée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date :	<input type="text"/>
				Séquelles :	<input type="text"/>
8	Consommez-vous des boissons alcoolisées et/ou drogues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis quand :	<input type="text"/>
				Motif :	<input type="text"/>
8	Consommez-vous des boissons alcoolisées et/ou drogues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taux d'invalidité :	<input type="text"/> %
				<input type="checkbox"/> A titre civil	<input type="checkbox"/> A titre militaire
				Type de consommation :	<input type="text"/>
8	Consommez-vous des boissons alcoolisées et/ou drogues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quantité :	<input type="text"/>
				Fréquence :	<input type="text"/>

**Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance (art. L.113-8 du Code des Assurances)**  
Veuillez adresser directement ce questionnaire à l'attention du Médecin-Conseil à [prevoyance.metlife@cbp-france.eu](mailto:prevoyance.metlife@cbp-france.eu) ou sous pli confidentiel à :  
Cbp France - Service Prévoyance CS 20008 - 44967 NANTES CEDEX 9

Fait à :  Le :  /  /

Signature du médecin traitant

