

Questionnaire C

Certificat médecin traitant



À remplir à l'encre noire.

NOM et Prénom :

Date de naissance : / /

N° de police :

Cachet du médecin traitant

Les informations recueillies au moyen de ce document seront traitées avec la plus grande confidentialité et sont soumises aux règles déontologiques relatives au respect du secret professionnel.

Prière de cocher les cases correspondantes et de fournir tout commentaire ou date en regard des réponses affirmatives lorsque cela est souhaité.

| | |
|---|--|
| Diagnostic exact | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Date de découverte | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| Evolution | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Descriptif précis de l'état de santé actuel | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Résultats des différentes investigations effectuées | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Traitements suivis | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Avis pronostique | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

Merci de joindre l'ensemble des examens et bilans de suivi réalisés dans le cadre de la pathologie déclarée.

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 ou sous pli confidentiel à :
Cbp France - Service Prévoyance CS 20008 - 44967 NANTES CEDEX 9

Fait à :

Le : / /

Signature du médecin traitant

