

QUESTIONNAIRE D'ÉTAT DE SANTÉ (QES)

QUES



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

NOM :

Prénom :

Date de naissance : / /

		NON	OUI
1	AU COURS DES 10 DERNIÈRES ANNÉES		
	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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		NON	OUI
2	AU COURS DES 5 DERNIÈRES ANNÉES		
	Avez-vous eu un ou plusieurs arrêt de travail de plus de 21 jours, sur prescription médicale, pour raison de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vous a-t-il été prescrit un traitement médical pendant plus de 21 jours consécutifs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		NON	OUI
3	PRÉSENT		
	Êtes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale, pour raison de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Êtes-vous actuellement sous traitement médical ou bénéficiez-vous de soins médicaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	La différence entre votre taille (cm) et votre poids (kg) est-elle inférieure à 60 ou supérieure à 125 ? (Ex : 175cm – 70 kg= 105)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		NON	OUI
4	FUTUR		
	Devez-vous être hospitalisé ou subir une intervention chirurgicale, un bilan, des investigations médicales spécialisées(en dehors des bilans systématiques gynécologique, ophtalmologique ou dentaire) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

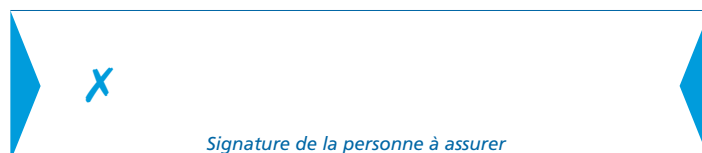
Si vous avez répondu OUI à l'une ou plusieurs des questions ci-dessus, merci de renseigner et d'adresser uniquement le Questionnaire de Santé.

La validité des présentes déclarations est de 180 jours ;
si la date de prise d'effet des garanties doit intervenir ultérieurement, METLIFE pourra demander le renouvellement des formalités d'admission.
**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 - à l'attention du Médecin Conseil - TSA 36835 - 95939 ROISSY CH DE GAULLE CEDEX.**

Je certifie que j'ai pris connaissance de l'information préalable sur le « droit à l'oubli » à l'usage des personnes souscrivant un contrat d'assurance en relation avec un emprunt personnel ou professionnel entrant dans le cadre de la Convention AERAS sur www.aeras-infos.fr

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