

Civilité	<input type="checkbox"/> M.	<input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> Mlle
Nom	<input type="text"/>		
Prénom(s)	<input type="text"/>		
Nom de jeune fille	<input type="text"/>		
Date de naissance	<input type="text"/>		

Si vous souhaitez souscrire à l'option Affections Psychiques répondez à la question A,
Si vous souhaitez souscrire à l'option Atteintes Discales et/ou Vertébrales répondez à la question B,
Si vous souhaitez souscrire aux options Affections Psychiques et Atteintes Discales et/ou Vertébrales, répondez aux questions A et B.

A) Option Affections Psychiques

Avez-vous déjà souffert ou reçu des traitements pour une affection psychique ou psychiatrique, dépression, trouble anxio-dépressif, névrose, psychose, schizophrénie, anorexie mentale ou boulimie, tentative de suicide ou trouble de la personnalité?

Oui

Non

B) Option Atteintes Discales et/ou Vertébrales

Avez-vous déjà souffert ou reçu des traitements pour une atteinte de la colonne vertébrale, hernie discale, discopathie, lumbago, lombalgie ou une sciatique ?

Oui

Non

Ces options sont proposées en cas de souscription de la garantie IPT ou IP ou/et ITT quel que soit le montant assuré. Le montant de la prestation est plafonné à 350 € par jour et à 1 500 000 € par Assuré au sein de MetLife.

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.

Fait à

Le

X

OBLIGATOIRE

Signature de l'Assuré