

Déclaration spéciale non-fumeur



(à signer pour bénéficiaire du tarif non-fumeur)

À remplir à l'encre noire.

N° de Police :

Je soussigné(e) NOM et Prénom :

Je soussigné(e), déclare ne pas avoir fumé de cigarettes, cigares, pipes ou vaporette depuis au moins 12 mois consécutifs.

Je déclare également que je n'ai pas dû arrêter de fumer suite à des recommandations médicales.

Cette déclaration fait partie intégrante de mon contrat d'assurance.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance (art. L.113/8 du Code des Assurances)

**Veillez adresser directement ce questionnaire sous pli confidentiel au :
Veillez adresser directement ce questionnaire à l'attention du Médecin-Conseil à dip@metlife.fr
en précisant en objet de l'email le mot-clé «Médical»**

Informatiques et libertés : Les informations recueillies sur ce document sont nécessaires à l'étude et au traitement de votre demande qui se fera 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 - TSA 36835 - 95939 ROISSY CH DE GAULLE CEDEX, à l'attention du « Médecin Conseil » en précisant vos nom, prénom et si possible votre référence client. La durée de conservation de vos données personnelles dépend de la nature du contrat d'assurance souscrit et du délai de prescription applicable. En l'absence de souscription au contrat d'assurance, la durée de conservation de vos données personnelles ne peut excéder 3 ans.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'assuré

