

Attestation d'état de santé inchangé



À remplir à l'encre noire.

N° de Police :

Je soussigné(e) NOM et Prénom :

Né(e) le : / /

Demeurant :

Certifie qu'aucun changement de mon état de santé (ni maladie, ni accident, ni arrêt de travail, ni hospitalisation médicale ou chirurgicale, ni acte paramédical, ni consultation médicale autre que celle réalisée dans le cadre de l'assurance) susceptible de modifier les éléments figurant sur les déclarations de santé complétées le / / n'est intervenu depuis cette date.

NOTA : Si vous ne pouvez remplir cette attestation, veuillez nous donner ci-dessous toutes précisions sur les faits ayant modifié les éléments figurant sur ce questionnaire médical :

Veuillez SVP adresser directement ce rapport et la note de vos honoraires* (à concurrence du plafond de la Compagnie), accompagnés impérativement de la proposition d'assurance complétée et signée par l'assuré sous pli confidentiel à: MetLife - à l'attention du Médecin Conseil - TSA 36835 - 95939 ROISSY CH DE GAULLE CEDEX.

**Les honoraires ne seront remboursés qu'à réception des documents originaux précités.*

Fait à :

Le : / /

Signature de la personne à assurer

