



# Super Novaterm Crédit

## Proposition d'assurance individuelle emprunteur

P-SNCV-1



Cadre réservé à la Compagnie

Cachet de l'Apporteur

SIECA PROTECTION DU PATRIMOINE

tél : 03 23 55 10 22

assurances.decottignies@gmail.com

Cadre réservé à l'Apporteur

Code Apporteur : 9 4 9 6 4 7

T2A

Email : assurances.decottignies@gmail.com

### Personne(s) à assurer

	1 <sup>er</sup> Assuré	2 <sup>ème</sup> Assuré
Civilité	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle
Nom	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom(s)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom de jeune fille	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lieu de naissance	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nationalité	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Situation de famille	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e)	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e)
Profession actuelle	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Secteur d'activité	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse personnelle	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code postal et Ville	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pays	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail*	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\* Information facultative

### Souscripteur(s) (si ce n'est pas l'assuré)

	1 <sup>er</sup> Assuré	2 <sup>ème</sup> Assuré
Nom ou Raison Sociale	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code postal et Ville	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pays	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail*	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\* Information facultative

### Lexique des garanties

ABRÉVIATION	TERMINOLOGIE	PRESTATIONS	AGE LIMITE À LA SOUSCRIPTION	AGE LIMITE DE FIN DE GARANTIE(S)
	Décès		85 ans	90 ans
PTIA	Perte Totale et Irréversible d'Autonomie		64 ans	65 ans
IPT	Invalidité Permanente et Totale	Max. 2,5M€ par assuré		65 ans (possibilité de proroger jusqu'à 70 ans sous certaines conditions)
IP	Invalidité Professionnelle pour les Professions médicales, paramédicales et vétérinaires	Max. 2,5M€ par assuré		65 ans
IPP	Invalidité Permanente Partielle	Max. 2,5M€ par assuré		65 ans (possibilité de proroger jusqu'à 70 ans sous certaines conditions)
ITT	Incapacité Temporaire Totale de Travail	IJ et EXO		
IJ	Indemnités Journalières	Max. 350€/J par assuré		
EXO	Exonération du paiement des primes			
PE	Perte d'Emploi	Max. 100€/J par assuré	63 ans	65 ans
	Extension de Garantie (IPT ou/et ITT)	Rachat des exclusions possible pour les capitaux allant jusqu'à 300 000 €		

Cadre réservé à la Compagnie

1<sup>er</sup> Assuré : NOM et PRÉNOM

2<sup>ème</sup> Assuré : NOM et PRÉNOM

## Caractéristiques de l'emprunt

	Prêts à assurer (€)	Taux d'intérêt	Durée (mois)	dont différé (mois)	Type de prêt			Bénéficiaire** Organisme prêteur - Nom et adresse complète <small>(Le solde éventuel sera versé en cas d'invalidité à l'assuré lui-même et en cas de décès au conjoint de l'assuré, non-séparé, non-divorcé ou son partenaire d'un Pacte Civil de Solidarité ou son concubin notoire ; à défaut, aux enfants de l'assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés, en cas de précédés par parts égales ; à défaut, aux héritiers de l'assuré.) Pour un autre bénéficiaire, complétez la clause bénéficiaire en page suivante.</small>
					Amortissable	In fine / Relais	Autre*	
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>CAPITAL TOTAL</b>				<b>1<sup>er</sup> Assuré</b>		<b>2<sup>ème</sup> Assuré</b>		
<input type="text"/>		Quotité (% du capital total) ≤ 100% par assuré		<input type="text"/>		<input type="text"/>		
<input type="text"/>		Capital à assurer		<input type="text"/>		<input type="text"/>		

Date d'effet souhaitée :

\* Merci de nous joindre l'échéancier fourni par l'organisme prêteur.  
\*\* Des garanties Décès, PTIA, IPT, IP et IPP.

## Caractéristiques de l'assurance

Lexique des garanties en page précédente	1 <sup>er</sup> Assuré	2 <sup>ème</sup> Assuré
<b>FORMULE DE BASE</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décès / PTIA		
<b>GARANTIES FACULTATIVES (à souscrire avec la Formule de Base)</b>		
IPT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IPT / IPP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ITT	<input type="checkbox"/> Montant IJ souhaité <input type="text"/> € Franchise <input type="checkbox"/> 15j, <input type="checkbox"/> 30j, <input type="checkbox"/> 60j, <input type="checkbox"/> 90j, <input type="checkbox"/> 180j	<input type="checkbox"/> Montant IJ souhaité <input type="text"/> € Franchise <input type="checkbox"/> 15j, <input type="checkbox"/> 30j, <input type="checkbox"/> 60j, <input type="checkbox"/> 90j, <input type="checkbox"/> 180j
EXO (si l'ITT n'est pas souscrite)	<input type="checkbox"/> Franchise de 90j	<input type="checkbox"/> Franchise de 90j
<b>PACK AVANTAGE (souscription jusqu'à 64 ans)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décès / PTIA / IPT / ITT	<input type="checkbox"/> Montant IJ souhaité <input type="text"/> € Franchise <input type="checkbox"/> 15j, <input type="checkbox"/> 30j, <input type="checkbox"/> 60j, <input type="checkbox"/> 90j, <input type="checkbox"/> 180j	<input type="checkbox"/> Montant IJ souhaité <input type="text"/> € Franchise <input type="checkbox"/> 15j, <input type="checkbox"/> 30j, <input type="checkbox"/> 60j, <input type="checkbox"/> 90j, <input type="checkbox"/> 180j
IPP (en option)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>GARANTIE PERTE D'EMPLOI : en option (si ITT souscrite avec la Formule de Base ou en Pack Avantage)</b>		
PE (n'oubliez pas de remplir la demande d'adhésion jointe et de joindre votre RIB pour le prélèvement automatique obligatoire)	<input type="checkbox"/> 80% du montant des IJ** <input type="checkbox"/> 50% du montant des IJ	<input type="checkbox"/> 80% du montant des IJ** <input type="checkbox"/> 50% du montant des IJ
<b>EXTENSION DE GARANTIE - Possible pour les capitaux allant jusqu'à 300 000 € (si IPT ou/et ITT souscrite, hors Pack Médical Pro)</b>		
Option Atteintes Discales et/ou Vertébrales (remplissez le questionnaire lié)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Option Affections Psychiques (remplissez le questionnaire lié)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>PACK MÉDICAL PRO (souscription jusqu'à 64 ans) (Professions médicales, paramédicales et vétérinaires)</b>	Profession Médicale ou Vétérinaire <input type="checkbox"/> Profession Paramédicale <input type="checkbox"/>	Profession Médicale ou Vétérinaire <input type="checkbox"/> Profession Paramédicale <input type="checkbox"/>
Décès / PTIA / IP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décès / PTIA / IP / IPP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ITT (en option)	<input type="checkbox"/> Montant IJ souhaité <input type="text"/> € Franchise <input type="checkbox"/> 15j, <input type="checkbox"/> 30j, <input type="checkbox"/> 60j, <input type="checkbox"/> 90j, <input type="checkbox"/> 180j	<input type="checkbox"/> Montant IJ souhaité <input type="text"/> € Franchise <input type="checkbox"/> 15j, <input type="checkbox"/> 30j, <input type="checkbox"/> 60j, <input type="checkbox"/> 90j, <input type="checkbox"/> 180j
EXO (si l'ITT n'est pas souscrite) (en option)	<input type="checkbox"/> Franchise de 90j	<input type="checkbox"/> Franchise de 90j

\* Option réservée aux assurés de moins de 60 ans à la souscription

1<sup>er</sup> Assuré : NOM et PRÉNOM

2<sup>ème</sup> Assuré : NOM et PRÉNOM

## Clauses Bénéficiaire(s) (Des garanties Décès, PTIA, IPT, IP et IPP)

**CLAUSE NANTISSEMENT** - Le conjoint, à défaut les héritiers de l'assuré. Nantissement au profit de l'organisme prêteur

1<sup>er</sup> Assuré  2<sup>ème</sup> Assuré

**CLAUSE SÉQUESTRE** - Le conjoint, à défaut les héritiers de l'assuré. Les sommes exigibles seront versées entre les mains du Notaire (Précisez le nom et l'adresse) :

1<sup>er</sup> Assuré  2<sup>ème</sup> Assuré

**AUTRE** (Précisez le nom et l'adresse) :

1<sup>er</sup> Assuré  2<sup>ème</sup> Assuré

## Déclaration Non-fumeur / Fumeur (à cocher impérativement pour bénéficier du tarif non-fumeur)

<p>1<sup>er</sup> Assuré</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne suis pas fumeur : je soussigné(e) déclare ne pas avoir fumé de cigarettes, cigares ou pipes au cours des 24 derniers mois et ne pas avoir dû arrêter de fumer suite à la demande expresse du corps médical. Cette déclaration fait partie intégrante de mon contrat d'assurance, je prends acte qu'à ce titre toute fausse déclaration intentionnelle de ma part entraîne la nullité du contrat conformément à l'article L113-8 du Code des assurances.</p> <p><input type="checkbox"/> Je suis fumeur</p>	<p>2<sup>ème</sup> Assuré</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne suis pas fumeur : je soussigné(e) déclare ne pas avoir fumé de cigarettes, cigares ou pipes au cours des 24 derniers mois et ne pas avoir dû arrêter de fumer suite à la demande expresse du corps médical. Cette déclaration fait partie intégrante de mon contrat d'assurance, je prends acte qu'à ce titre toute fausse déclaration intentionnelle de ma part entraîne la nullité du contrat conformément à l'article L113-8 du Code des assurances.</p> <p><input type="checkbox"/> Je suis fumeur</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Prime Assurance Emprunteur

	PÉRIODICITÉ				MODE DE PAIEMENT SOUHAITÉ	
	Annuelle	Semestrielle	Trimestrielle <sup>(1)</sup>	Mensuelle <sup>(1)</sup>	Prélèvement automatique	Chèque à l'ordre de MetLife
1 <sup>er</sup> Assuré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 <sup>ème</sup> Assuré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>(1)</sup> Prélèvement automatique obligatoire. En cas d'adhésion à la Perte d'Emploi, paiement obligatoire par prélèvement automatique ; même en cas de paiement par chèque des autres garanties. N'oubliez pas de joindre un RIB par souscripteur, sinon les primes des 2 assurés seront prélevées sur le même compte.

## Contrat Protection Immédiate Accident (souscription jusqu'à 64 ans)

Choisissez votre option	PRIME <sup>(1)</sup>		Clause type <sup>(2)</sup>	BÉNÉFICIAIRE(S) en cas de Décès Accidentel	
	5 € par mois	10 € par mois		Les bénéficiaires de mon choix (NOM, Prénom, Date de naissance)	
1 <sup>er</sup> Assuré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
2 <sup>ème</sup> Assuré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Age de l'assuré	Capital assuré		<sup>(1)</sup> Prélèvement automatique uniquement selon la périodicité choisie pour la prime Assurance Emprunteur. <sup>(2)</sup> Clause type : Le conjoint de l'assuré, non-séparé, non-divorcé ou son partenaire d'un Pacte Civil de Solidarité ou son concubin notoire ; à défaut, les enfants de l'assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés, en cas de prédécès par parts égales ; à défaut, les héritiers de l'assuré.		
18 à 44 ans	45 000 €	90 000 €			
45 à 59 ans	30 000 €	60 000 €			
A partir de 60 ans	20 000 €	40 000 €			

## Souscription

Je soussigné(e) :

- Déclare avoir reçu et pris connaissance des Conditions Générales Super Novaterm Crédit (réf. CGSNC12) et de la Note d'Information (réf. NISNC12), comportant notamment le modèle de la lettre de renonciation.
- En cas d'option pour la garantie perte d'emploi, déclare adhérer au contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative souscrit par MetLife auprès de MetLife Insurance Limited et avoir reçu et pris connaissance de la Notice d'Information du contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative (N° MFL2011002).
- En cas de souscription du contrat Protection Immédiate Accident, déclare avoir reçu et pris connaissance des Conditions Générales (réf. CGKAMT03), et de la Notice d'Information (réf. NIKAMT03). Cette garantie prend effet à la date d'enregistrement par MetLife de la proposition dûment complétée et signée.
- Déclare exacts les renseignements mentionnés dans cette proposition d'assurance et dans la déclaration de santé, le questionnaire de santé simplifié ou le questionnaire de santé qui la complète ainsi que dans la déclaration de plein emploi en cas d'option pour la garantie perte d'emploi. Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance (Art. L.113-8 du Code des assurances).
- Déclare être informé que sauf couverture de la garantie provisoire décès accidentel décrite à l'article 16 des Conditions Générales jointes, le contrat d'assurance Super Novaterm Crédit n'a d'existence et d'effet qu'après la signature des Conditions Particulières par chacune des parties et l'encaissement de la première prime par MetLife. Dans le cadre d'une souscription pour deux assurés, deux contrats individuels distincts seront émis.

Les informations recueillies sur ce document sont nécessaires au traitement de votre demande, et peuvent dans ce cadre être communiquées à des tiers intervenant dans la souscription, la gestion et l'exécution du contrat. 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, 34 place des Corolles, TSA 22 222, 92919 Paris la Défense Cedex, à l'attention du «Correspondant Informatique et Libertés» en précisant vos nom, prénom et si possible votre référence client. Vous pouvez également vous opposer à ce que vos coordonnées et données soient utilisées à des fins de prospection commerciale par simple lettre envoyée à l'adresse ci-dessus.

Fait à  , Fait à

Le  /  /  Le  /  /

<p><b>X OBLIGATOIRE</b></p> <p>Signature du 1<sup>er</sup> Assuré</p>	<p><b>X OBLIGATOIRE</b></p> <p>Signature du souscripteur (si différent du 1<sup>er</sup> Assuré) et cachet pour les entreprises</p>	<p><b>X OBLIGATOIRE</b></p> <p>Signature du 2<sup>ème</sup> Assuré</p>	<p><b>X OBLIGATOIRE</b></p> <p>Signature du souscripteur (si différent du 2<sup>ème</sup> Assuré) et cachet pour les entreprises</p>
-----------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

# QUESTIONNAIRE DE SANTÉ SIMPLIFIÉ (QSS)

N° de Police :

**SNCQUSS**

**POUR UN TRAITEMENT RAPIDE DE VOTRE DOSSIER, RÉPONDEZ IMPÉRATIVEMENT À TOUTES LES QUESTIONS**

Vous pouvez, à votre demande, vous faire assister par votre conseiller pour remplir ce questionnaire

	NON	OUI	Si OUI, merci de préciser impérativement :
1 a) NOM et Prénom (suivi s'il y a lieu du nom de jeune fille) :	<input type="text"/>		
b) Date de naissance <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Profession actuelle et antérieure :	<input type="text"/>		
2 a / Avez-vous soumis une ou plusieurs propositions d'assurance vie qui ont été refusées, ajournées, surprimées, acceptées avec restriction ou qui sont en attente d'acceptation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Après de quelle(s) Compagnie(s) ? <input type="text"/> Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Décision : <input type="text"/> Motif de la restriction : <input type="text"/>
b / Etes-vous titulaire d'autres contrats d'assurance décès ou invalidité ?(hors prévoyance collective)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Après de quelle(s) Compagnie(s) ? <input type="text"/> Total des montants en cours assurés : <input type="text"/> € Date de souscription : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
3 a / Sports pratiqués ? (y compris aviation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? <input type="text"/>
b / Envisagez-vous de vous déplacer, de séjourner, ou de résider hors d'Europe (UE, AELE), Amérique du Nord, Japon, Australie, Nouvelle-Zélande, Hong-Kong, Singapour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	But : <input type="checkbox"/> professionnel <input type="checkbox"/> tourisme, loisirs Où (pays, villes) ? <input type="text"/> Fréquence : <input type="checkbox"/> régulière <input type="checkbox"/> occasionnelle Quand : <input type="checkbox"/> au cours des 12 prochains mois <input type="checkbox"/> futur
4 Fumez-vous ou avez-vous fumé (quantité par jour) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cigarettes <input type="checkbox"/> Cigares <input type="checkbox"/> Pipes <input type="checkbox"/> Date d'arrêt éventuel : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Motif : <input type="text"/>
5 Veuillez nous indiquer votre taille et votre poids :	Taille <input type="text"/> cm Poids <input type="text"/> kg		
6 Vous trouvez-vous en arrêt de travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Partiel Depuis : <input type="text"/> Pourquoi ? <input type="text"/>
7 Avez-vous été, durant les 5 dernières années, incapable de travailler pendant plus de 21 jours consécutifs ou non consécutifs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? <input type="text"/> Durée : <input type="text"/> Pourquoi ? <input type="text"/>
8 Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié d'une pension d'invalidité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quelle affection ? <input type="text"/> Depuis quand ? <input type="text"/> Taux : <input type="text"/> %
9 Prenez-vous des médicaments régulièrement ou recevez-vous des soins médicaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Médicaments / Soins : <input type="text"/> Pour quels motifs ? <input type="text"/>
10 Au cours des 5 dernières années, avez-vous été traité médicalement pendant plus de 21 jours consécutifs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quels motifs ? <input type="text"/> Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
11 Au cours des 10 dernières années, avez-vous subi une radiothérapie, une chimiothérapie, une transfusion ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quels motifs ? <input type="text"/> Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
12 Avez-vous ou non subi au cours des 5 dernières années un test de dépistage des sérologies, VHB, VHC (hépatites), VIH ? (Joindre le résultat des examens anormaux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nature de(s) l'examen(s) : <input type="text"/> Date(s) : <input type="text"/> Résultats : <input type="text"/>
13 Au cours des 5 dernières années, avez-vous effectué un ou plusieurs examens médicaux (analyses 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 ? (Joindre le résultat des examens anormaux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? <input type="text"/> Date(s) : <input type="text"/> Résultats : <input type="text"/>
14 Au cours des 10 dernières années, avez-vous été hospitalisé ou opéré (autre que pour : appendicite, hernies de la paroi abdominale guéries, hémorroïdes, amygdales, végétations, déviation de la cloison nasale, maternité, varices, dents de sagesse) ? (Joindre une copie des comptes rendus opératoires)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? <input type="text"/> Durée : <input type="text"/> Pour quel motif ? <input type="text"/>
15 Devez-vous être hospitalisé prochainement ou subir une intervention chirurgicale, un bilan, des investigations médicales spécialisées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? <input type="text"/> Durée : <input type="text"/> Pour quel motif ? <input type="text"/>
16 Au cours des 10 dernières années, êtes-vous ou avez-vous été atteint d'une infirmité ou d'une affection de quelque nature que ce soit ? (hormis affections saisonnières)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? <input type="text"/> Dates ? <input type="text"/> Séquelles ? <input type="text"/>

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 22 222, 34 place des Corolles, 92919 Paris la Défense Cedex, à l'attention du « Médecin Conseil » en précisant vos nom, prénom et si possible votre référence client.

Je soussigné (Nom et Prénom)  Fait à  , le  /  /

certifie avoir répondu 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.

X  
Signature de la personne à assurer :

**MERCI DE JOINDRE TOUS LES JUSTIFICATIFS MÉDICAUX DEMANDÉS.**

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 - DIP - à l'attention du Médecin Conseil - 34, place des Corolles - TSA 22 222 - 92919 PARIS LA DÉFENSE CEDEX.



## Parachutisme

<input type="checkbox"/> Professionnel	<input type="checkbox"/> Amateur	<input type="checkbox"/> Civil	<input type="checkbox"/> Militaire
----------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------

Types de sauts :

<input type="checkbox"/> Saut à ouverture automatique (SOA)	<input type="checkbox"/> Chute libre, ouverture retardée, vol relatif	
<input type="checkbox"/> Ascensionnel	<input type="checkbox"/> Terre	<input type="checkbox"/> Parapente
	<input type="checkbox"/> Mer	

Si exploit ou record, commentaire succinct

Zone(s) géographique(s)

## Renseignements additionnels

Autres renseignements et détails dont la Compagnie doit avoir connaissance pour fixer les conditions de couverture des risques "Aviation - Parachutisme" :

  
  
  

### IMPORTANT :

Je certifie avoir répondu consciencieusement au questionnaire susmentionné qui est destiné à faire partie intégrante de ma proposition d'assurance.

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 sous pli confidentiel au :  
MetLife (SERVICE MEDICAL) - 34 place des Corolles - TSA 22 222 - 92919 PARIS LA DEFENSE CEDEX

Fait à  Le  /  /

X  
Signature de la personne à assurer

Formulaire à retourner complété à :

ASSURANCES DECOTTIGNIES  
22 RUE DU GENERAL LECLERC  
02600 VILLERS COTTERETS