

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"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

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

## A) Option Affections Psychiques

Au cours des 10 dernières années, avez-vous 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

Au cours des 10 dernières années, avez-vous 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.

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 :  
**KEREIS France - Service Prévoyance CS 20008 - 44967 NANTES CEDEX 9**

Fait à   
Le  /  /

OBLIGATOIRE

Signature de l'Assuré

