

Questionnaire C

Certificat médecin traitant

MetLife®

NOM et Prénom :

Date de naissance : / /

Cachet du médecin traitant

Les informations recueillies au moyen de ce document seront traitées avec la plus grande confidentialité et sont soumises aux règles déontologiques relatives au respect du secret professionnel.
Prière de cocher les cases correspondantes et de fournir tout commentaire ou date en regard des réponses affirmatives lorsque cela est souhaité.

Diagnostic exact	ACROMEGALIE ET GIGANTISME HYPOPHYSAIRE
Date de découverte	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Evolution	<input type="text"/>
Descriptif précis de l'état de santé actuel	<input type="text"/>
Résultats des différentes investigations effectuées	<input type="text"/>
Traitements suivis	<input type="text"/>
Avis pronostique	<input type="text"/>

Merci de joindre l'ensemble des examens et bilans de suivi réalisés dans le cadre de la pathologie déclarée.

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 - DIP - à l'attention du Médecin Conseil - Cœur Défense - Tour A - 110, Esplanade du Général de Gaulle - 92931 LA DEFENSE CEDEX.

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 - 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

Signature du médecin traitant