

À remplir à l'encre noire par le médecin traitant.

Une réponse doit être apportée à l'ensemble des questions posées ;  
un trait ou un blanc ne constitue pas une réponse.

DM

## A compléter par MetLife

Contrat/Police N° :  Sinistre N° :   
Souscripteur :

## A compléter par le déclarant

1 a) Nom et prénoms de la personne assurée   
Date de naissance  /  /  e-mail :

2 b) Nom et adresse de l'assuré(e)

3 a) Date du décès  /  /   
b) Lieu du décès (Si la mort est survenue dans un hôpital ou dans une institution, donner ses nom et adresse)

4 a) Le décès est-il dû :  à un accident  à un suicide  à une maladie  
 à un homicide  à une autre cause  laquelle  
b) Circonstances du décès :

c) Les circonstances du décès ont-elles donné lieu à une enquête de police ou de gendarmerie ?  OUI  NON  
Si OUI, précisez les références du Procès Verbal

5 a) Depuis quelle date était-il votre patient ?  /  /   
b) Si vous n'êtes pas le médecin traitant / référent / de famille, merci de nous indiquer les nom et adresse de ce dernier

c) A votre connaissance cette personne a-t-elle consulté d'autres médecins ?  OUI  NON  
Si OUI, merci de nous indiquer les nom, adresse et date

**La personne assurée vous a-t-elle consulté dans le cadre :**

6 a) **Accident**  OUI  NON  
- type d'accident ?   
- à quelle date ?  /  /   
- séquelles éventuelles ?  OUI  NON lesquelles ?

b) **Maladie**  OUI  NON  
- nature de l'affection ?   
- Date des premiers symptômes ?  /  /   
- Date de la première constatation médicale ?  /  /   
- Date du diagnostic ?  /  /   
- durée de l'affection ?   
- évolution de l'affection ?   
- nature et résultats des traitements suivis ? dates ?

	Opération	OUI	NON		
	- type d'opération ?				
6	- date de l'opération ?			/	/
	- séquelles éventuelles ?	OUI	NON	lesquelles ?	
	- nature et résultat(s) du/des traitement(s) suivi(s) ?				
	a) A quelle date avez-vous examiné la personne assurée pour la dernière fois ?			/	/
	b) Quel était alors son état de santé ?				
7	c) Existait-il une invalidité partielle ou totale ?	OUI	NON		
				laquelle ?	
	d) Une surveillance et/ou un traitement étaient-ils nécessaires ?	OUI	NON		
	- préciser				
	Votre patient était-il fumeur ?	OUI	NON		
8	Si OUI depuis quelle date ?			/	/
	Si NON, précisez la date éventuelle d'arrêt de la consommation de tabac			/	/
	Votre patient a-t-il eu à suivre des traitements au cours des 10 dernières années avant la souscription de son contrat d'assurance MetLife ?	OUI	NON		
	Si OUI, lesquels et leurs durées ?				
9	Votre patient bénéficie-t-il du ticket modérateur ?	OUI	NON		
	Si oui depuis quelle date ?			/	/
	Pour quel motif ?				

**Veillez adresser directement ce questionnaire à l'attention du Médecin-Conseil à [gestion.sinistre@metlife.fr](mailto:gestion.sinistre@metlife.fr) ou par voie postale à :**

**MetLife Service Sinistres et Contentieux, Cœur Défense Tour A  
110 Esplanade du Général de Gaulle  
92931 La Défense Cedex**

Fait à :

Le : / /

Signature du médecin traitant

Cachet du médecin traitant

Toutes les informations relatives au traitement de vos données personnelles se trouvent dans la Politique de confidentialité sur notre site internet onglet «protection de vos données personnelles» <https://www.metlife.fr/privacy-policy/protection-donnees-personnelles/>

MetLife Europe d.a.c. Société de droit irlandais, constituée sous la forme de « Designated Activity Company », immatriculée en Irlande sous le numéro 415123. Succursale pour la France 100 Esplanade du Général de Gaulle, 92400 Courbevoie, 799 036 710 RCS Nanterre. MetLife Europe Insurance d.a.c. Société de droit irlandais, constituée sous la forme de « Designated Activity Company », immatriculée en Irlande sous le numéro 472350. Succursale pour la France 100 Esplanade du Général de Gaulle, 92400 Courbevoie, 798 956 314 RCS Nanterre. Siège social de MetLife Europe d.a.c. et MetLife Europe Insurance d.a.c. : 20 on Hatch, lower Hatch Street, Dublin 2, Irlande. MetLife Europe d.a.c. et MetLife Europe Insurance d.a.c. (agissant toutes deux sous le nom commercial MetLife) sont réglementées par la Central Bank of Ireland (CBI).

# Consentement

## Données personnelles de santé



NOM et PRÉNOM

MetLife est le principal « Responsable de traitement » de vos données personnelles de santé que vous nous communiquez.

Le traitement de vos données personnelles de santé par MetLife dans le cadre de la gestion et du traitement du sinistre nécessite votre consentement. Ces données sont nécessaires au traitement des sinistres.

L'absence de consentement au traitement de vos données personnelles de santé aura pour conséquence de rendre impossible la gestion du sinistre et son indemnisation.

Veillez cocher la case ci-dessous si vous consentez au traitement de vos données personnelles de santé.

Oui, je consens au traitement par MetLife de mes données personnelles de santé pour les raisons décrites ci-dessus.

Vous pouvez retirer ce consentement à tout moment en contactant le Service Relations clientèle MetLife. Le retrait de votre consentement n'affectera en rien tout éventuel traitement qui serait intervenu avant votre demande. Toutefois, l'absence de consentement aura pour conséquence de rendre impossible le traitement du sinistre déclaré.

Notre Politique de confidentialité, qui décrit dans le détail comment nous utilisons vos données à caractère personnel et vos droits, est disponible sur notre site internet <http://www.metlife.fr> onglet « protection de vos données personnelles ».

Veillez cocher la case ci-dessous pour confirmer que vous avez lu la Politique de Confidentialité.

Oui, je confirme avoir lu la Politique de confidentialité.

Fait à	<input type="text"/>
Le	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Qualité du signataire :	<input type="text"/>
 <b>OBLIGATOIRE</b>	
Signature	