

Déclaration de blessure accidentelle

VOLET 1 - À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ OU UN PROCHE

N° de contrat : Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville : Date de naissance : / /

Téléphone fixe : Téléphone mobile :

email :

Date de l'accident : / / Lieu de l'accident :

S'il s'agit d'un accident de la circulation, étiez-vous : conducteur passager piéton (cocher la case correspondante)

S'agit-il d'un accident de moto ? oui non - Cylindrée : cm³ (joindre une copie de la carte grise)

Y a-t-il eu un procès-verbal ? oui non - N° du procès-verbal :

Adresse du commissariat ou de la gendarmerie :

S'agit-il d'un accident du travail ? oui non

S'il s'agit d'une chute, par quoi a-t-elle été provoquée, précisez :

À présent, veuillez nous faire le récit détaillé de l'accident :

Date : / /

Signature de l'assuré (ou le tuteur légal)

VOLET 2 - À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN TRAITANT OU HOSPITALIER

Le sinistre est-il la conséquence directe d'une maladie ? : oui non - Si oui, laquelle ? :

Nature des lésions :

Fractures : Indiquez l'endroit exact :

Joindre un compte rendu radiologique

Indiquez le type de fracture : multifragmentaire ouverte complète autre :

Luxations : Indiquez l'endroit exact :

Joindre un compte rendu radiologique et s'il y a lieu, un compte rendu opératoire

Brûlures Indiquez l'endroit exact :

Indiquez le degré : 1° degré 2° degré 3° degré

Indiquez la surface des brûlures : % (par rapport à la surface du corps, règle de 9)

Commotion cérébrale : oui non - Perte de connaissance : oui non - Durée :

Blessure interne au thorax ou à l'abdomen ayant nécessité une intervention chirurgicale : oui non - Si oui, joindre un compte rendu opératoire

Un test d'alcoolémie a-t-il été réalisé ? oui non - Résultat du test :

Autres lésions :

Le patient a-t-il été hospitalisé ? oui non - Si oui, joindre un bulletin de situation

Le : / /

Signature du médecin

Cachet du médecin

**Veuillez adresser directement ce questionnaire à l'attention du Médecin-Conseil par voie postale à :
MetLife - Service Indemnisation & Contentieux - TSA 46836 - 95939 ROISSY CHARLES DE GAULLE CEDEX**

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 5 place de la Pyramide, 92800 Puteaux. 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 5 place de la Pyramide, 92800 Puteaux. 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. Administrateurs: Brenda Dunne, Éilish Finan, Nicolas Hayter (Anglais), Ruairi O'Flynn, Nuria Garcia (Espagnole), Lyndon Oliver (Américain), Merrilee Matchett (Australienne) et Conall Murphy. DEMIN_0623

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.

Veuillez 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 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 ».

Veuillez 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 :

Le :

 / /

Qualité du signataire :