

# Déclaration de blessure accidentelle

Adressez ce document sous pli confidentiel à :

MetLife - M. le Médecin-conseil - Libre Réponse 33044 - 92089 LA DEFENSE Cedex.

## 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 :  cm<sup>3</sup> (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

# 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	