

**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.

## A compléter par MetLife

Contrat/Police N° :

Sinistre N° :

### Assuré

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Date de naissance     /     /  
Adresse \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

### Pathologie

Nature de la pathologie à l'origine de l'Invalidité :

Histoire de la Pathologie à l'origine de l'Invalidité :

Existe-t-il d'autres pathologies ?    NON    OUI - si oui merci de préciser :

Séquelles actuelles ? Descriptif :

L'état de santé actuel de l'assuré peut-il évoluer ?    NON    OUI - Dans quels délais ?

Dans quelle proportion ?

A quelle date fixez vous la consolidation ?     /     /                      - La stabilisation ?     /     /

L'assuré est-il, titulaire d'une pension ?    NON    OUI - Quelle catégorie ?

Depuis quelle date ?     /     /

Y a-t-il eu un arrêt de travail avant cette mise en Invalidité ?    NON    OUI - si oui, depuis quelle date ?     /     /

Motif ?

L'assuré a-t-il suivi des traitements ?    NON    OUI - si oui, date     /     /

nature

durée et résultats ?

A-t-il bénéficié de l'exonération du Ticket modérateur ?    NON    OUI - si oui, depuis quelle date ?     /     /

Motifs :

A-t-il été hospitalisé ?    NON    OUI - si oui, motif et durée :

A-t-il été opéré ?    NON    OUI - si oui, motif et résultat :

### Profession

Quelle profession, l'assuré exerçait il au moment de l'arrêt de travail et/ou au moment de la mise en Invalidité ?

Descriptif d'une journée de travail type :

Quels actes de sa journée de travail type ne peut-il plus exercer ?

Une autre profession est-elle envisageable ?    NON    OUI

Avec aménagement du poste de travail ?    NON    OUI

Aménagement des horaires (Par exemple, temps partiel) ?    NON    OUI

**Veuillez 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 Indemnisation 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