

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

Veillez adresser directement ce questionnaire à l'attention du Médecin-Conseil à prevoyance_he_sinistres@cbp-group.com
ou par voie postale à :

Cbp France - Service Prévoyance - CS 20008 - 44967 NANTES CEDEX 9

Fait à :

Signature du médecin traitant

Cachet du médecin traitant

Le : / /