

# Perte totale et irréversible d'autonomie



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 :   
Ou Circonstances de l'accident :   
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 ?  /  /   
Une Invalidité 3ème catégorie (Tierce personne) a-t-elle été attribuée ?  NON  OUI - si oui à quelle date ?  /  /   
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 :

**Veuillez adresser directement ce questionnaire à l'attention du Médecin-Conseil à [prevoyance\\_he\\_sinistres@cbp-group.com](mailto:prevoyance_he_sinistres@cbp-group.com) ou par voie postale à :  
Cbpf France - Service Prévoyance - CS 20008 - 44967 NANTES CEDEX 9**

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 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 (CBI).

**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.

## Examen de l'assuré(e) :

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Peut-il se lever seul, se coucher seul ?   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 2. Peut-il s'asseoir, se lever seul d'un siège ?  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 3. Peut-il se déplacer seul dans son logement ? (Y compris en fauteuil roulant)                 | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 4. Peut-il s'installer seul dans son fauteuil roulant et en sortir seul ?                       | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 5. Pourrait-il se lever en cas de chute ?   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 6. Pourrait-il quitter seul son logement en cas de danger ?                                     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 7. Peut-il se vêtir ou se dévêtir seul ?  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 8. Peut-il manger et boire seul ?   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 9. A-t-il besoin d'aide pour aller uriner et aller à la selle ?                                 | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 10. Peut-il mettre seul un appareil orthopédique ?  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 11. En cas de troubles psychiques, présente t-il un danger grave pour lui-même ou pour autrui ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

L'état de l'assuré(e) **justifie / ne justifie** pas le recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

*Rayez, ci-dessus, la mention inutile*