

**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° :

Souscripteur :

## A compléter par le déclarant

a) Nom et prénoms de la personne assurée

Date de naissance / / e-mail :

2 b) Nom et adresse de l'assuré(e)

a) Date du décès / /

b) Lieu du décès (Si la mort est survenue dans un hôpital ou dans une institution, donner ses nom et adresse)

3

a) Le décès est-il dû :  à un accident  à un suicide  à une maladie

à un homicide  à une autre cause  laquelle

b) Circonstances du décès :

4

c) Les circonstances du décès ont-elles donné lieu à une enquête de police ou de gendarmerie ?  OUI  NON

Si OUI, précisez les références du Procès Verbal

a) Depuis quelle date était-il votre patient ? / /

b) Si vous n'êtes pas le médecin traitant / référent / de famille, merci de nous indiquer les nom et adresse de ce dernier

5

c) A votre connaissance cette personne a-t-elle consulté d'autres médecins ?  OUI  NON

Si OUI, merci de nous indiquer les nom, adresse et date

**La personne assurée vous a-t-elle consulté dans le cadre :**

a) **Accident**  OUI  NON

- type d'accident ?

- à quelle date ?

- séquelles éventuelles ?  OUI  NON

lesquelles ?

b) **Maladie**  OUI  NON

- nature de l'affection ?

- Date des premiers symptômes ?

- Date de la première constatation médicale ?

- Date du diagnostic ?

- durée de l'affection ?

- évolution de l'affection ?

- nature et résultats des traitements suivis ? dates ?

6

Opération  OUI  NON

6 - type d'opération ?

- date de l'opération ?  /  /

- séquelles éventuelles ?  OUI  NON lesquelles ?

- nature et résultat(s) du/des traitement(s) suivi(s) ?

7 a) A quelle date avez-vous examiné la personne assurée pour la dernière fois ?  /  /

b) Quel était alors son état de santé ?

c) Existait-il une invalidité partielle ou totale ?  OUI  NON  
laquelle ?

d) Une surveillance et/ou un traitement étaient-ils nécessaires ?  OUI  NON  
- préciser

8 Votre patient était-il fumeur ?  OUI  NON

Si OUI depuis quelle date ?  /  /

Si NON, précisez la date éventuelle d'arrêt de la consommation de tabac  /  /

9 Votre patient a-t-il eu à suivre des traitements au cours des 10 dernières années avant la souscription de son contrat d'assurance MetLife ?  
 OUI  NON

Si OUI, lesquels et leurs durées ?

10 Votre patient bénéficie-t-il du ticket modérateur ?  OUI  NON

Si oui depuis quelle date ?  /  /

Pour quel motif ?

**Veillez 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 :  
Cbp 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).