

À remplir à l'encre noire par le conjoint survivant / ou les ayants-droit /
ou la personne en charge de la succession.

Une réponse doit être apportée à l'ensemble des questions posées ;
un trait ou un blanc ne constitue pas une réponse.

DM

A compléter par MetLife

Contrat/Police N° :

Sinistre N° :

Souscripteur :

A compléter par le déclarant

A compléter par le conjoint survivant / ou les ayants-droits / ou la personne en charge de la succession

1 a) Nom et prénoms de la personne assurée

2 b) Date de naissance / /

c) Adresse de l'assuré(e)

d) Email e) Téléphone

3 a) Date du décès / /

b) Lieu du décès

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 et les coordonnées de la Police ou de la Gendarmerie

a) Si le décès est dû à une maladie, indiquer si possible la nature de la maladie et la date à laquelle celle-ci a débuté à votre connaissance

5

b) En cas d'arrêt de travail ayant précédé le décès, veuillez indiquer la date du début de l'arrêt / /

c) Si une hospitalisation a précédé le décès, préciser :

- la date d'admission : / /

- les nom et adresse de l'établissement :

Nom, prénom et adresse du médecin traitant / référent / de famille / de la personne décédée :

6

Nom, prénom et adresse du déclarant ou de la personne à contacter pour information complémentaire :

7

Veuillez adresser directement ce questionnaire à l'attention du Médecin-Conseil à 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 déclarant

1 Pièces à fournir par le déclarant :

ne fournir que les éléments cochés

- un bulletin d'adhésion / ou offre de financement / ou conditions particulières du contrat
- une photocopie de l'attestation de carte vitale du défunt
- un acte de décès original
- les coordonnées du notaire chargé de la succession
- une extrait d'acte de naissance du ou des bénéficiaire(s)
- l'Adresse du ou des bénéficiaire(s)

2 Pièces médicales à adresser sous pli confidentiel à l'attention du médecin Conseil de METLIFE :

A remplir par le médecin traitant / référant / de famille (le médecin conseil habituellement consulté par l'assuré)

- le certificat Post-Mortem
- le(s) compte(s) rendu(s) opératoire(s) ou d'hospitalisation s'il y a lieu

Cette liste n'est pas exhaustive et MetLife se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires nécessaires à l'instruction du dossier.

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"/>
	OBLIGATOIRE
	Signature