

Déclaration de décès



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.

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 :

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

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

**Veuillez 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 déclarant

Le : / /

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).

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.