

**À remplir à l'encre noire par l'assuré.**

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 \_\_\_\_\_  
Nom et adresse de l'employeur \_\_\_\_\_

Profession de l'assuré(e)

Etes vous assujetti au régime de la Sécurité Sociale ?

OUI N° de Sécurité Sociale \_\_\_\_\_

NON (*reportez vous au verso du présent document*). A quelle caisse êtes-vous affilié(e)? \_\_\_\_\_

Date de la cessation de l'activité ou de la survenance de l'accident     /     /

Date de la première consultation médicale     /     /

Nom et adresse du médecin traitant / référent / de famille (le médecin habituellement consulté par l'assuré) \_\_\_\_\_

### Historique de la maladie / de l'accident

MALADIE/PATHOLOGIE	ACCIDENT
a) Nature de la maladie / pathologie	a) Nature des blessures
b) A quelle date avez-vous consulté la première fois un médecin concernant votre maladie/pathologie ?     /     /	b) Date de l'accident     /     /
c) A quelle date avez-vous été informé(e) du diagnostic de votre maladie/pathologie ?     /     /	c) Dans quelles circonstances ?
d) Date de début du traitement médical pour cette maladie/pathologie ?     /     /	d) Un Procès Verbal de police ou de gendarmerie a-t-il été établi ? OUI NON Si OUI par qui et indiquez le N° de PV
e) Avez-vous déjà été soigné pour cette même maladie ? OUI NON Si OUI à quelle date ?     /     /	e) Suivez-vous ou avez-vous suivi des traitements antérieurs à votre accident ? OUI NON Si OUI lesquels et à quelle date ?
f) Suivez-vous ou avez-vous suivi des traitements pour d'autres maladies ou invalidités ? OUI NON Si OUI lesquelles et à quelle date ?	

**Je certifie que la présente déclaration est exacte et sincère. J'autorise le Médecin-Conseil de MetLife à prendre toutes les informations qu'il jugera nécessaires auprès des hôpitaux ou des médecins qui m'ont soigné ou que j'ai consulté. J'autorise ces hôpitaux ou médecins à fournir au Médecin-Conseil de la dite Compagnie tous les renseignements demandés.**

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

**Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle changeant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour MetLife entraîne la nullité de l'assurance (article L. 113-8 du code des assurances).**

Dater, écrire « lu et approuvé » et signer

Fait à : \_\_\_\_\_ Le :     /     /

# Lorsque vous êtes en interruption de travail



## NOUS VOUS INVITONS A PRENDRE CONNAISSANCE DES INFORMATIONS SUIVANTES

NOUS VOUS CONSEILLONS DE TRANSMETTRE DANS LES PLUS BREFS DELAIS, A LA COMPAGNIE, TOUS LES DOCUMENTS OU RENSEIGNEMENTS DEMANDES ET DE NE PAS OMETTRE D'INDIQUER LES REFERENCES DE VOTRE CONTRAT.

## DOCUMENTS A TRANSMETTRE

### DANS TOUS LES CAS :

- le certificat médical de constatation initiale complété, daté et signé par votre médecin traitant / référent / de famille
- la déclaration maladie/ accident complétée, datée et signée

### SI VOUS ETES ASSUJETTI AU REGIME GENERAL DE LA SECURITE SOCIALE :

- > En cas d'incapacité temporaire total de travail
  - bordereau ou attestation de la Sécurité Sociale justifiant le paiement des prestations
- > En cas d'invalidité de 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie
  - notification d'attribution de la pension
  - justificatif du paiement de la pension
- > Si vous êtes bénéficiaire d'une rente « Accident du travail »
  - notification d'attribution de la rente
  - certificat médical d'arrêt de travail

### SI VOUS ETES AFFILIE(E) A UN REGIME PARTICULIER :

- > Fonctionnaire civil
  - attestation de l'employeur confirmant l'arrêt de travail
- > Ouvrier de l'Etat
- > Employé à la SNCF - RATP - GDF ou EDF
- > Fonctionnaire militaire
- > Agent d'une collectivité locale
  - pendant les six premiers mois, certificats médicaux justifiant l'arrêt de travail, puis notification de décision du Comité Médical Départemental
- > Marin de commerce
  - pendant les quatre premiers mois, attestations de l'armateur vous employant, puis attestations de la Caisse des Marins
- > Mineur
  - attestation de la Société de Secours Minière

### SI VOUS ETES AFFILIE(E) A UN REGIME AGRICOLE :

- > Ouvrier agricole (MSA)
  - attestations de la Caisse de Mutualité Sociale Agricole

### SI VOUS ETES TRAVAILLEUR NON SALARIE :

- certificat médical d'arrêt de travail dûment complété par votre médecin traitant / référent / de famille, et certificats médicaux de prolongation d'arrêt de travail.

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).