Invalidité permanente

MetLife

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 :

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 ? / /

L'assuré est-il, titulaire d'une pension ? ☐ NON ☐ OUI - Quelle catégorie ?

Depuis quelle date ? / /

Y a-t-il eu un arrêt de travail avant cette mise en Invalidité ? ☐ NON ☐ OUI - si oui, depuis quelle date ? / /

Motif ?

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 :

Profession

Quelle profession, l'assuré exercait il au moment de l'arrêt de travail et/ou au moment de la mise en Invalidité ?

Descriptif d'une journée de travail type :

Quels actes de sa journée de travail type ne peut-il plus exercer ?

Une autre profession est-elle envisageable ? ☐ NON ☐ OUI

Avec aménagement du poste de travail ? ☐ NON ☐ OUI

Aménagement des horaires (Par exemple, temps partiel) ? ☐ NON ☐ OUI

Veuillez adresser directement ce questionnaire à l'attention du Médecin-Conseil à dip@metlife.fr en précisant en objet de l'email le mot-clé «Sinistre»

Fait à :

Le : / /

Signature du médecin traitant

Cachet du médecin traitant

INFORMATIQUE ET LIBERTES : Les informations recueillies sur ce document sont nécessaires à l'étude et au traitement de la demande qui se feront dans le strict respect du secret médical. Le médecin est prié d'informer le demandeur que ses données médicales sont destinées à MetLife, ses mandataires et réassureurs et de s'assurer qu'il y consent expressément. Le demandeur peut, conformément à la Loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, y accéder, les faire rectifier ou s'opposer à leur traitement pour des motifs légitimes, en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à MetLife, TSA 36835, 95939 ROISSY CH DE GAULLE CEDEX, à l'attention du «Médecin Conseil» en précisant ses nom, prénom et si possible sa référence client. La durée de conservation de vos données personnelles dépend de la nature du contrat d'assurance souscrit et du délai de prescription applicable. En l'absence de souscription au contrat d'assurance, la durée de conservation de vos données personnelles ne peut excéder 3 ans.

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 100 Esplanade du Général de Gaulle, 92400 Courbevoie. 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 100 Esplanade du Général de Gaulle, 92400 Courbevoie. 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), et par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR).

DECEMBRE 2017