

Adressez ce document sous pli confidentiel à :

MetLife - M. le Médecin-conseil - Libre Réponse 33044 - 92089 LA DEFENSE Cedex.

VOLET 1 - À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ HOSPITALISÉ OU UN PROCHE

N° de contrat : Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville : Date de naissance : / /

Téléphone fixe : Téléphone mobile :

email :

Maladie :

Accident (date, lieu, circonstances) :

Nature de l'affection ou des blessures :

Y a-t-il eu un acte chirurgical ? oui non

Soins et traitements :

Merci de joindre la copie de tout document médical en votre possession.

S'il s'agit d'une chute, par quoi a-t-elle été provoquée, précisez :

Date : / /

Signature de l'assuré (ou le tuteur légal)

X

VOLET 2 - À COMPLÉTER PAR LE BUREAU DES ENTRÉES À DÉFAUT, JOINDRE UN BULLETIN DE SITUATION

Entrée le : / / au service :

Présent le : / / au service :

Sortie le : / / du service :

Nom et adresse de l'établissement hospitalier :

Transfert (nom et adresse du nouvel établissement hospitalier) :

Cachet de l'établissement

X

Visa du bureau des entrées

X