



Déclaration de sinistre en cas d'incapacité de travail

Veillez tenir compte des points suivants avant de remplir la déclaration de sinistre: vous avez également la possibilité de déclarer votre sinistre sur le site <http://clp.partners.axa.ch/schaden> et de suivre ensuite votre dossier en ligne.

Nous acceptons aussi les formulaires de déclaration de sinistre transmis par fax, par e-mail et par courrier.

1. Remarques importantes

Avant de remplir le présent formulaire, veuillez vérifier les points suivants:

Votre incapacité de travail est-elle antérieure à la date de début de la police d'assurance?

Si l'incapacité de travail est antérieure au début de l'assurance, la protection d'assurance n'est pas valable.

Étiez-vous déjà traité(e) pour la maladie à l'origine de votre incapacité de travail avant la date de début de l'assurance?

Ce cas de figure peut constituer un critère d'exclusion pour affectations antérieures. N'hésitez pas à nous contacter en cas de doute.

Souffrez-vous d'une maladie d'ordre psychique?

Dans ce cas, le versement de prestations n'est possible que si votre incapacité de travail est attestée par un psychiatre établi en Suisse.

Quelle était votre situation en matière d'emploi au moment de la survenue de l'incapacité de travail?

Si, au moment de la survenue de votre incapacité de travail, vous ne disposiez pas d'un emploi rémunéré, dans le cadre d'un contrat à durée indéterminée, non résilié et d'un minimum d'heures par semaine comme défini dans les conditions générales de votre contrat, vous ne pouvez malheureusement pas bénéficier de la protection d'assurance.

Quelle est la procédure à suivre pour faire valoir votre demande de prestations auprès de nos services?

Étape 1: Veuillez remplir soigneusement le formulaire de déclaration de sinistre et apposer votre signature sur la page 4.

Étape 2: Veuillez demander à votre médecin traitant et, le cas échéant, à votre médecin spécialiste de remplir le formulaire de déclaration du médecin ci-joint. Joignez ensuite ce formulaire aux documents transmis avec votre formulaire de déclaration de sinistre.

Étape 3: Veuillez joindre également les documents indiqués au point 7 et nous les transmettre avec le formulaire de déclaration de sinistre dûment rempli.

Après réception des documents, notre décision ou une déclaration intermédiaire vous sera communiquée sous une à deux semaines. Si nous avons besoins d'autres documents ou d'informations complémentaires, nous vous le ferons savoir.

Votre demande de prestations d'assurance ne sera examinée que si tous les documents requis sont joints au dossier. Tout dossier incomplet retardera le traitement et, le cas échéant, le versement des prestations. Vous pouvez télécharger gratuitement les documents sur le site web dont l'adresse est indiquée ci-dessus.

2. Données personnelles

Madame Monsieur

Prénom

Date de naissance

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nom

Profession

Rue/n°

Téléphone (privé)

NPA/localité

Téléphone (portable)

E-Mail

3. Informations relatives à votre contrat d'assurance

Prêteur

Numéro de compte ou de contrat

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Date de début du contrat selon la confirmation d'assurance

| | | | | | | | | | | | | | | |

4. Versement des prestations d'assurance

Dans la mesure où nous estimons que le sinistre est avéré, les prestations d'assurance sont versées conformément aux Conditions générales d'assurance. Le paiement est effectué au prêteur susmentionné en vue de couvrir les obligations de paiement découlant de votre contrat de crédit.

5. Informations relatives à votre incapacité de travail

1. a) Quel type d'affection (maladie, accident) souhaitez-vous déclarer?

b) Depuis quand en êtes-vous atteint(e)?

| | | | | | | | | | | | | | | |

2. a) Médecin ayant constaté cette affection pour la première fois :

Nom

Rue/n°

NPA/localité

Téléphone

2. b) Date à laquelle cette affection a été constatée pour la première fois :

| | | | | | | | | | | | | | | |

3.) Veuillez indiquer le nom et l'adresse de votre médecin traitant actuel?

Nom

Rue/n°

NPA/localité

Téléphone

4. a) Quels sont les autres médecins qui ont été consultés pour l'affection indiquée au point 1a?

Nom

Rue/n°

NPA/localité

Téléphone

b) Pendant quelle période?

Entre le

| | | | | | | | | | | | | | | |

et le

| | | | | | | | | | | | | | | |

5. Qui était votre médecin **avant la conclusion** du contrat d'assurance?

Nom

Rue/n°

NPA/localité

Téléphone

6. a) Qui est actuellement **votre médecin de famille**?

Nom

Rue/n°

NPA/localité

Téléphone

b) Depuis quand êtes-vous traité(e) par votre médecin de famille?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. À remplir également en cas d'accident:

1.) Quand l'accident s'est-il produit?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2.) L'accident a-t-il été constaté par les autorités policières?

Oui Non

Si oui, veuillez joindre le rapport de police.

3.a) Avez-vous dû subir un test d'alcoolémie?

Oui Non

b) Si oui, quel était le résultat des analyses sanguines?

4.) Veuillez décrire l'accident avec vos propres mots:

Voir fiche ci-jointe

7. Documents à fournir

Veillez joindre les documents suivants à la déclaration de sinistre dûment remplie et signée. Merci de bien vouloir cocher les documents fournis:

- Copie du **contrat** de travail en cours au moment de la **conclusion de l'assurance**
(avec indication de la durée et du type de rapport de travail)
- Copie du **contrat de travail** en vigueur au moment de la survenue de l'incapacité de travail
- Copie du dernier **décompte de salaire** ou, à défaut, de la **lettre de démission**.
- Copie du **rapport médical, rempli et signé par le médecin traitant**
- Si vous êtes suivi(e) par un spécialiste:* copie de son rapport médical
- Si l'incapacité de travail a été causée par un accident:* copie du **constat d'accident ou du procès-verbal de police**
- Si vous êtes représenté(e) par un tiers:* **procuration** portant votre signature
- Si vous percevez déjà une rente:* copie de la **première décision d'octroi de rente**

Informations importantes:

Votre demande de prestations d'assurance ne sera examinée que si tous les documents nécessaires nous ont été transmis. Tout dossier incomplet retardera le traitement et, le cas échéant, le versement des prestations. Une fois inscrit(e), vous pouvez télécharger ces documents gratuitement sur le site <http://clp.partners.axa.ch/schaden>.

8. Explications finales

Je suis en incapacité de travail et demande le versement de prestations d'assurance conformément aux Conditions générales d'assurance (CGA). Par la présente, je déclare que toutes les réponses fournies aux questions posées sont exhaustives et conformes à la réalité. J'ai conscience que l'assureur n'est pas lié par le contrat et est en droit de réclamer le remboursement intégral ou partiel des prestations versées si des informations excluant ou limitant son obligation de verser des prestations ont été transformées, omises, communiquées tardivement ou n'ont pas été fournies du tout dans l'intention de le tromper.

Consentement prévu par la loi fédérale sur la protection des données (LPD)

Je consens à ce que les données personnelles me concernant, qui sont nécessaires au traitement de la présente déclaration de sinistre, soient collectées, traitées, transmises et enregistrées par AXA Assurances SA et d'autres sociétés du Groupe AXA (ci-après collectivement appelées «AXA») en Suisse et dans les pays de l'Espace économique européen. Je consens en outre à ce que ces données personnelles, y compris la correspondance échangée à leur sujet, soient transmises à mes organismes financiers jusqu'à ce qu'une décision définitive soit prise concernant le sinistre, dans la mesure où ils sont preneurs d'assurance ayants droit.

Dégagement du secret professionnel:

J'autorise AXA à vérifier et à évaluer les informations communiquées par mes soins sur mon état de santé. Aux fins de l'examen de l'obligation de verser des prestations, je libère par la présente de leur secret professionnel les médecins, le personnel soignant, les collaborateurs ou les mandataires d'hôpitaux, d'autres établissements médicaux, d'établissements de soins, d'assureurs de personnes, de caisses-maladie ainsi que des associations professionnelles et des autorités, qui sont mentionnés dans les documents produits pour le cas d'assurance ou ont été impliqués dans le traitement médical.

Lieu, date

Signature de la personne assurée

Questions-réponses

Que se passera-t-il après l'envoi de ma déclaration de sinistre et de mes documents?

Nous traiterons votre dossier au plus vite. Après réception des documents, notre décision ou une déclaration intermédiaire vous sera communiquée sous une à deux semaines. Si nous avons besoins d'autres documents ou d'informations complémentaires, nous vous le ferons savoir.

Si le sinistre est reconnu, sur quel compte sont versées les indemnités de l'assurance?

Jusqu'à réception de la notification écrite de notre décision, vous restez tenu(e) de verser vos mensualités, y compris votre prime d'assurance. Dans la notification écrite de notre décision, nous vous indiquerons si et à partir de quelle date nous assurons le paiement des mensualités à votre place. Si nous prenons en charge le paiement de vos mensualités, les prestations d'assurance seront directement virées sur le compte contrat que vous détenez auprès de votre organisme prêteur. Veuillez noter que nous ne pouvons pas effectuer les versements sur un autre compte.

Dans quels cas de figure n'obtiendrai-je pas de prestations d'assurance?

Veuillez lire attentivement les Conditions générales d'assurance (CGA). Les cas d'exclusion y sont explicitement détaillés.

Pendant combien de temps les prestations d'assurance seront-elles versées?

En cas d'incapacité de travail, l'assurance couvre le nombre maximum de mensualités convenu contractuellement par sinistre. Vous trouverez de plus amples informations sur ce sujet dans les Conditions générales d'assurance. L'attestation d'incapacité de travail du mois écoulé délivrée par votre médecin traitant ou votre médecin de famille sert de référence pour le versement des prestations, rétroactives à 30 jours. Le versement du montant assuré s'effectue après écoulement du délai d'attente. Les Conditions générales d'assurance font foi en la matière.

Qu'en est-il si j'ai déjà été mis(e) en demeure par mon organisme prêteur ou si je ne suis pas en mesure de payer mes primes d'assurance?

Dans ce cas, veuillez contactez directement votre organisme prêteur afin de trouver un accord avec lui.

Suis-je tenu(e) de payer mes mensualités et ma prime pendant la durée de versement des prestations d'assurance?

Vous êtes tenu(e) de payer vos mensualités, y compris votre prime, tant que votre sinistre n'a pas été examiné par nos services et que les prestations d'assurance n'ont pas été accordées.

Quand mes droits dérivés de ce contrat d'assurance seront-ils prescrits?

Vos droits expirent si vous ne déclarez pas votre sinistre dans un délai de deux ans à compter de la survenue de l'incapacité de travail (art. 46 de la loi fédérale sur le contrat d'assurance).

Qu'en est-il si je suis d'abord en incapacité de travail, puis au chômage?

Si vous percevez des prestations d'assurance justifiées par une incapacité de travail et que votre licenciement intervient pendant cette période, les prestations pour incapacité de travail continueront d'être versées. À la fin de votre période d'incapacité de travail, vous avez alors la possibilité de faire une demande de prestations d'assurance pour chômage. Mais cela est uniquement valable si les autres conditions imposées par les CGA sont réunies.



Certificat du médecin traitant en cas d'incapacité de travail

Veillez nous faire parvenir ce formulaire via le site <http://clp.partners.axa.ch/schaden>, par la poste ou par fax.

1. Informations concernant la personne assurée

Madame Monsieur

Prénom

Date de naissance

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nom

2. Renseignements sur l'incapacité de travail de la personne assurée

1. Depuis quand la personne assurée fait-elle partie de vos patients?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Quelle est la cause de l'affection menant à l'incapacité de travail (veuillez indiquer le diagnostic exact)?

3.a) Quand cette affection est-elle apparue?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

b) Quand l'incapacité de travail à 100% a-t-elle été établie?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Quand la personne assurée a-t-elle été informée du diagnostic pour la première fois?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Quand la personne assurée devrait-elle être en mesure de reprendre le travail (estimation)?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6.a) Par quels autres médecins la personne assurée a-t-elle été traitée pour cette affection?

Nom

Rue/n°

NPA/localité

b) Durant quelle période?

du

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

au

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7. Anamnèse de la pathologie

8. a) Des radios ou une image à résonance magnétique (IRM) ont-elles été prescrites?

Oui Non

b) Si oui, quand?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9. a) La personne assurée a-t-elle déjà consulté ou a-t-elle déjà été traitée antérieurement pour l'affection actuelle ou pour des troubles/affectations antérieurs associés?

Oui Non

b) Si oui, quand?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10. a) L'état de la santé de la personne assurée lui permet-il d'exercer une autre activité professionnelle en rapport avec sa formation et son niveau de vie actuel??

Oui Non

b) Si oui, quand?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

11. a) L'incapacité de travail est-elle consécutive à des blessures autoinfligées, à une tentative de suicide, à une grossesse normale, à l'abus de drogues ou de médicaments, à des troubles psychiques, à une dépression, à des troubles de la colonne vertébrale ou à une infection par le VIH?

Oui Non

b) Si oui, veuillez préciser:

12. a) D'autres facteurs connus pourraient-ils avoir une influence sur la guérison?

Oui Non

b) Si oui, lesquels?

À remplir uniquement si l'incapacité de travail a été causée par un accident:

13. a) De quel type d'accident s'agit-il?

Accident de la circulation Accident pendant les loisirs Accident du travail

b) Un test d'alcoolémie a-t-il été ordonné pour la personne assurée?

Oui Non

c) Si oui, quand?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

À remplir uniquement si l'incapacité de travail est liée à une maladie psychique:

14. a) La personne assurée bénéficie-t-elle d'une prise en charge psychiatrique?

Oui Non

b) Si oui, par quels médecins?

Nom

Rue/n°

NPA/localité

Téléphone

Lieu, date

Signature et tampon du médecin

Numéro de téléphone du médecin

Remarque importante: Les frais dus le cas échéant pour remplir ce formulaire sont à la charge de la personne assurée et doivent lui être facturés.



Déclaration du médecin spécialiste en cas d'incapacité de travail

Veillez nous faire parvenir ce formulaire via le site <http://clp.partners.axa.ch/schaden>, par la poste ou par fax.

1. Informations concernant la personne assurée

Madame Monsieur

Prénom

Date de naissance

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nom

2. Renseignements sur l'incapacité de travail de la personne assurée

1. Depuis quand la personne assurée fait-elle partie de vos patients?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Quelle est la cause de l'affection menant à l'incapacité de travail (veuillez indiquer le diagnostic exact)?

3.a) Quand cette affection est-elle apparue?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

b) Quand l'incapacité de travail à 100% a-t-elle été établie?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Quand la personne assurée a-t-elle été über die Diagnose informiert?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Quand la personne assurée devrait-elle être en mesure de reprendre le travail (estimation)?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6.a) Par quels autres médecins la personne assurée a-t-elle été traitée pour cette affection?

Nom

Rue/n°

NPA/localité

b) Durant quelle période?

du

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

au

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7. Anamnèse de la pathologie

8. a) Des radios ou une image à résonance magnétique (IRM) ont-elles été prescrites?

Oui Non

b) Si oui, quand?

9. a) La personne assurée a-t-elle déjà consulté ou a-t-elle déjà été traitée antérieurement pour l'affection actuelle ou pour des troubles/affectations antérieurs associés?

Oui Non

b) Si oui, quand?

10. a) L'état de la santé de la personne assurée lui permet-il d'exercer une autre activité professionnelle en rapport avec sa formation et son niveau de vie actuel??

Oui Non

b) Si oui, quand?

11. a) L'incapacité de travail est-elle consécutive à des blessures autoinfligées, à une tentative de suicide, à une grossesse normale, à l'abus de drogues ou de médicaments, à des troubles psychiques, à une dépression, à des troubles de la colonne vertébrale ou à une infection par le VIH?

Oui Non

b) Si oui, veuillez préciser:

12. a) D'autres facteurs connus pourraient-ils avoir une influence sur la guérison?

Oui Non

b) Si oui, lesquels?

À remplir uniquement si l'incapacité de travail a été causée par un accident:

13. a) De quel type d'accident s'agit-il?

Accident de la circulation Accident pendant les loisirs Accident du travail

b) Un test d'alcoolémie a-t-il été ordonné pour la personne assurée?

Oui Non

c) Si oui, quand?

À remplir uniquement si l'incapacité de travail est liée à une maladie psychique:

14. a) La personne assurée bénéficie-t-elle d'une prise en charge psychiatrique?

Oui Non

b) Si oui, par quels médecins?

Nom

Rue/n°

NPA/localité

Téléphone

Lieu, date

Signature et tampon du médecin

Numéro de téléphone du médecin

Remarque importante: Les frais dus le cas échéant pour remplir ce formulaire sont à la charge de la personne assurée et doivent lui être facturés.