



Déclaration de sinistre en cas de maladie grave

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. 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:

- Certificat médical** (veuillez utiliser le formulaire ci-joint)
- Attestation de l'assurance maladie** relative aux périodes d'incapacité de travail, avec diagnostics posés au cours des trois années précédant l'apparition de la maladie grave
- Constatactions médicales** (éventuellement de l'hôpital) ou **rapports de décharge**
- Copie du **contrat d'assurance/de la déclaration d'adhésion à l'assurance de groupe**

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.

2. Données personnelles

- Madame Monsieur

Prénom

Date de naissance

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

Nom

Profession

Rue/n°

Tél. privé

NPA/localité

Mobile

3. Informations relatives à votre contrat d'assurance

Organisme prêteur

Numéro de compte-crédit ou de contrat

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

Début du contrat suivant l'attestation 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 maladie

1. a) Catégorie d'affection/maladie

- Infarctus
- AVC
- Cancer
- Défaillance rénale irréversible
- Transplantation d'un organe vital
- Sclérose en plaques

b) Date du premier diagnostic

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

2. Nom et adresse du médecin Nom ou de l'hôpital ayant effectué le diagnostic Rue / n°

Nom

Rue / n°

NPA/localité

Tél.

3.a) Avez-vous déjà été traité(e) pour cette maladie ou pour une affection similaire?

- Oui
- Non

b) Si oui, précisez sur quelle période

du

au

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

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

c) Nom et adresse du **médecin** qui vous a traité(e) pendant la période indiquée **au point 3b**

Nom

Rue / n°

NPA/localité

Tél.

4. a) Nom et adresse des **médecins de famille** consultés au cours des 3 dernières années

Nom

Rue / n°

NPA/localité

Tél.

Nom

Rue / n°

NPA/localité

Tél.

5. Nom et adresse de votre **assurance maladie**

Nom

Rue / n°

NPA/localité

Tél.

6.a) Avez-vous été en **traitement stationnaire**?

Oui Non

b) Durée d'hospitalisation

du

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

au

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

c) Nom et adresse de l'hôpital

Nom

Rue/n°

NPA/localité

Tél.

d) Nom du médecin ayant demandé l'hospitalisation

Nom

Rue/n°

NPA/localité

Tél.

7.a) Quels **médicaments** ont été prescrits?

b) Début de la prise

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

c) Posologie

6. Explications finales

Explication

Je suis atteint(e) d'une maladie grave 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 de crédit et de leasing 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 (y compris la vérification des conditions d'admission), 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

Certificat médical en cas de maladie grave

Veillez nous envoyer ce formulaire par courrier ou nous le faxer au 0848 000 425.

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

b) Depuis quand cette affection est-elle présente?

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

c) Quand la première consultation a-t-elle eu lieu?

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

3. 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?

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

4. 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:

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

Oui Non

b) Si oui, lesquels?

Lieu, date

Signature du médecin et tampon du cabinet

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.