

5. Informations relatives à votre incapacité de gain

1. a) Motif de l'incapacité de gain

b) Début de l'incapacité de gain

c) Dernier jour travaillé

2. a) Quel médecin a constaté l'affection indiquée au point 1a **pour la première fois**?

Nom

Rue/n°

NPA/localité

Tél.

b) Première déclaration de la maladie

du

au

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

Nom

Rue/n°

NPA/localité

Tél.

b) Renforcement de la maladie

du

au

4. a) Qui est votre médecin de famille actuel?

Nom

Rue/n°

NPA/localité

Tél.

b) Depuis quand êtes-vous traité(e) par ce médecin?

6. Renseignements supplémentaires pour les accidents

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

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

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

Oui Non

Veillez nous faire parvenir le rapport de police.

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

Oui Non

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

4. Description de l'accident (ne pas se contenter de reprendre le procès-verbal de la police, à développer éventuellement sur une feuille séparée)

Voir fiche ci-jointe

7. Explications finales

Je suis en incapacité de gain 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 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
