



**Veillez nous retourner le formulaire par courrier ou par fax au 0848 000 425**

## Déclaration de sinistre pour maladie grave

### 1. Documents à joindre

**Veillez nous adresser les documents ci-dessous avec le présent formulaire de déclaration de sinistre dûment rempli (merci d'indiquer d'une croix les documents que vous avez joints à votre dossier) :**

- Attestation de votre médecin** (utilisez le formulaire ci-joint svp)
- Attestation de votre assurance/caisse maladie** sur les durées de maladie avec diagnostics pour le dernier 3 ans avant la survenance de votre maladie grave
- Rapports médicaux** (éventuellement de l'hôpital)
- Copie de votre **contrat/confirmation** au contrat collective d'assurance

#### INFORMATIONS IMPORTANTES :

**Nous ne pourrons étudier votre demande de prise en charge que si vous nous avez fait parvenir tous les documents. En cas de déclaration de sinistre incomplète ou de justificatifs manquants, cela implique des retards dans l'examen de votre dossier et le cas échéant une prise en charge différée.**

### 2. Informations personnelles

Madame  Monsieur

Prénom  Date de naissance 

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Nom  Profession

Rue, no.  Téléphone/privé

CP / Ville 

--	--	--	--	--

 Portable

### 3. Informations sur votre police d'assurance

Institut bancaire créditeur

Numéro de compte / Numéro de police 

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

Date de début de la police selon le certificat d'assurance 

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

### 4. Paiement de la prestation d'assurance

**Dans le cas d'une prise en charge par votre couverture d'assurance, nous versons les indemnités conformément aux Conditions Générales d'Assurance sur le compte bancaire communiqué ci-dessus afin de couvrir vos prestations de paiement issues du contrat de crédit.**

### 5. Informations sur votre maladie

1.a) Quelle affection déclarez-vous ?

- Infarctus du myocarde**
- Insuffisance rénale**
- Attaque cérébrale**
- Greffes d'organes**
- Cancer**

b) Date de première diagnose

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

2. Nom et adresse du médecin/hôpital ayant diagnostiqué votre maladie

Nom

Rue, no.

CP / Ville 

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

Téléphone



3.a) Avez-vous été déjà en traitement pour la même maladie dans le passé ?

oui  non

b) Si oui, période du traitement

de

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

à

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

c) Nom et adresse du **médecin traitant**

Nom

Rue, no.

CP / Ville

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

Téléphone

4. Nom et adresse de vos **médecins de famille** pendant les dernières 3 ans avant la maladie

Nom

Rue, no.

CP / Ville

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

Téléphone

Nom

Rue, no.

CP / Ville

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

Téléphone

5. Nom et adresse de votre **Assurance/ Caisse Maladie**

Nom

Rue, no.

CP / Ville

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

Téléphone

6. a) Avez-vous été à l'hôpital?

oui  non

b) Période de l'hospitalisation

de

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

à

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

c) Nom et adresse de l'hôpital

Nom

Rue, no.

CP / Ville

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

Téléphone

d) Nom et adresse du médecin vous-ayant hospitalisé?

Nom

Rue, no.

CP / Ville

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

Téléphone



7.a) **Médicaments** prescrit

b) Début de la prise

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

c) Dosage

## 6. Dispositions finales

### Déclaration

Je suis en incapacité totale de gains et fais une demande d'indemnités conformément aux Conditions Générales d'Assurance (CGA). Je déclare par la présente avoir répondu aux questions dûment et honnêtement sans rien omettre. Je suis conscient de perdre mes droits à l'indemnité et l'assureur se réserve le droit à la demande de restitution des paiements dans le cas où j'aurais délibérément fourni des informations erronées.

### Clause de consentement conformément à la loi fédérale sur la protection des données (LPD)

J'autorise l'Axa Assurances SA, General-Guisan-Strasse 40, 8400 Winterthur (dénommées ci-après « AXA ») en Suisse et dans la communauté économique européenne, à rassembler, traiter, transmettre et enregistrer les données nécessaires au traitement de cette déclaration de sinistre. J'accepte par ailleurs que ces données, y compris la correspondance tenue jusqu'à la décision finale relative à ce sinistre, soient transmises à la banque de crédit.

### Déliement de clause de confidentialité

Au fin de déterminer l'obligation à la prestation de l'assurance j'autorise AXA à vérifier et évaluer les informations que j'ai transmises sur mon état de santé. De même, je délève du secret médical tous mes médecins, hôpitaux et autres instituts médicaux m'ayant suivi(e) ou qui me suivront médicalement, ainsi que services de police et ministères publics mentionnés dans la correspondance.

Lieu, Date

---

Signature de l'assuré(e)

---

AXA Assurances SA, General-Guisan-Strasse 40, 8400 Winterthur



Veuillez nous retourner le formulaire par courrier ou par fax au 0848 000 425

## Attestation médicale en cas de maladie grave

### 1. Informations personnelles sur l'assuré(e)

Madame  Monsieur

Prénom

Nom

Date de naissance 

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

### 2. Informations sur la maladie de l'assuré(e)

1) Depuis quand l'assuré(e) est-il votre patient ? 

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

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 existe-t-elle ? 

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

c) Quand votre patient vous a-t-il consulté pour la **première** fois ? 

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

3.a) L'assuré(e) a-t-il été conseillé médicalement ou soigné antérieurement pour l'affection déclarée ou pour une affection ayant un rapport avec cette dernière ?  oui  non

b) Si oui, à quelle date ? 

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

4.a) L'incapacité de travail résulte-t-elle de lésions volontaires de l'assuré(e), d'une tentative de suicide, de drogues ou d'abus de médicaments, de problèmes psychiques, de dépressions, du SIDA ?  oui  non

b) Si oui, veuillez préciser :

5.a) A votre connaissance, y a-t-il d'autres facteurs qui pourraient influencer la guérison de l'assuré ?  oui  non

b) Si oui, veuillez préciser lesquels ?

Lieu, date

Signature du médecin et tampon du cabinet médical

Numéro de téléphone du médecin

Remarque importante : L'assuré(e) est tenu de prendre en charge et de régler directement les éventuels frais facturés pour remplir le présent formulaire desinistre.