



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

Déclaration de sinistre pour incapacité totale de gains (AI)

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) :

- Copie de la **décision de AI**
- Copie du **rapport médical ayant servi à l'AI de prendre sa décision**
- Copie de votre **confirmation d'assurance** à l'assurance collective

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

 Portable

3. Informations sur votre police d'assurance

Institut bancaire créditeur

Numéro de compte / Numéro de police

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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 incapacité totale de gains

1. a) Quelle affection déclarez-vous ?

b) 1er jour de votre invalidité

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

c) Dernier jour travaillé

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

2.a) Quel médecin a diagnostiqué l'affection pour la première fois ?

Nom

Rue, no.

CP / Ville

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Téléphone

b) Durant quelle période ?

de

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

à

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



3. a) Quels autres médecins vous ont suivi pour l'affection nommée au point 1a.?

Nom

Rue, no.

CP / Ville

Téléphone

b) Durant quelle période?

de

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

à

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

4.a) Nom et adresse de votre médecin de famille?

Nom

Rue, no.

CP / Ville

Téléphone

b) Depuis quand êtes-vous suivi par lui?

depuis

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

6. Dans le cas d'un accident, merci de compléter cette partie supplémentaire

1. Veuillez indiquer la date de l'accident svp

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

2. L'accident a-t-il été enregistré par la police ?

oui non **➡ Veuillez adresser le rapport de police svp!**

3.a) Un alco-test a-t-il été pratiqué ?

oui non

b) Si oui, veuillez indiquer le résultat

4. Description de l'accident (Utilisez une feuille séparée si nécessaire)

 cf. feuille séparée

7. Dispositions finales

Déclaration

Je suis en incapacité de travail pour maladie grave 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)
