



Formulaire de déclaration de sinistre pour incapacité de gain (Invalidité)

Avant de compléter ce formulaire, rappelez-vous que pour votre confort vous pouvez enregistrer votre sinistre, envoyer des documents et suivre son évolution, sur notre site internet: www.clpnet.com/customer/homechf
Si vous préférez vous pouvez nous contacter par, fax, email ou courrier postal, en complétant ce formulaire

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?

En cas d'incapacité de travail antérieure au début de la police d'assurance, aucune prise en charge n'est malheureusement assurée par votre couverture d'assurance.

Avez-vous déjà été traité pour la maladie donnant lieu à la présente incapacité de travail avant souscription de votre police d'assurance?

Il existe certains cas d'exclusion en cas de maladie antérieure. En cas de doute, veuillez nous contacter si vous vous trouvez dans cette situation.

Souffrez-vous d'une maladie de nature psychique?

Toute prise en charge n'est possible que si votre incapacité de travail a été attestée par un psychiatre installé en Suisse.

Devez-vous régler vos échéances pendant la durée de prise en charge?

Oui, la prime d'assurance doit continuer à être payée pendant la durée de versement des prestations d'assurance.

Que devez-vous faire pour faire valoir vos droits en cas de sinistre ?

1ère étape : Remplissez entièrement le formulaire de déclaration de sinistre sans omettre de le signer en page 4.

2ème étape : Faites compléter la déclaration du médecin par votre médecin traitant et le cas échéant par votre spécialiste et joignez les justificatifs demandés au formulaire de déclaration de sinistre.

3ème étape : Veuillez également joindre les documents listés au point 7 et nous les envoyer avec le formulaire de déclaration de sinistre dûment rempli.

Dès réception de votre dossier, nous vous informons dans un délai de 1 à 2 semaines de notre décision ou de l'état de votre dossier si nous avons besoin de davantage de documents / informations de votre part.

Veillez noter que nous ne pourrions étudier votre dossier que si vous nous avez fait parvenir tous les documents / informations. 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. Vous pouvez télécharger gratuitement vos documents sur notre site internet, après avoir procédé à votre enregistrement.

2. Informations personnelles

Madame Monsieur

Prénom

Date de naissance

Nom

Profession

Rue

Téléphone (privé)

CP / Ville

Portable

Adresse E-mail



Souhaitez-vous recevoir un SMS chaque mois pour les paiements de prestations ? oui non

3. Informations sur votre police d'assurance

Institut financier

Type de contrat :

contrat de crédit contrat de carte de crédit

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 ou du contrat de carte de crédit. Si vous avez souscrit la police d'assurance mensualités Plus, nous ferons le paiement des indemnités supplémentaires sur le compte bancaire que vous nous communiquez. Veuillez par conséquent remplir lisiblement les champs suivants.

Bénéficiaire du compte

Numéro de compte

Code bancaire

Nom de l'institut bancaire

CP / Ville

5. Informations concernant votre incapacité de travail

1 a) De quels maux souffrez-vous ?

b) Depuis quand souffrez-vous de ces maux ?

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

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

Nom

Rue

CP / Ville

Téléphone

b) A quelle date l'affection a-t-elle été constatée pour la première fois ?

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

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

Nom

Rue

CP / Ville



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

Nom

Rue

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

5) Veuillez indiquer le nom et l'adresse de votre médecin traitant **avant la signature de votre police d'assurance** ?

Nom

Rue

CP / Ville

Téléphone

6) Veuillez indiquer le nom et l'adresse de votre **médecin de famille**

Nom

Rue

CP / Ville

Téléphone

b) Depuis quand êtes-vous suivi par ce médecin de famille ?

Date J J M M A A A A

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

1) Date de l'accident

J J M M A A A A

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

oui non

Si oui, veuillez joindre le rapport de police.

3 a) Un alcootest a-t-il été pratiqué ?

oui non

b) Si oui, veuillez indiquer le résultat du prélèvement sanguin

4) Veuillez décrire l'accident selon vos propres mots :

cf. feuille séparée



7. 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) :

- Une copie du **contrat de travail** en vigueur au moment de la **signature de votre contrat d'assurance** (mentionnant la durée et le type de la relation contractuelle)
- Une copie du **contrat de travail** en vigueur au moment de la **date d'incapacité de travail**
- Une copie du dernier bulletin de salaire ou une copie de l'attestation de licenciement, s'il n'existe aucun bulletin de salaire.
- Une copie de la **déclaration du médecin ci-jointe, dûment remplie et signée par le médecin traitant.**
- Si vous êtes suivi par un spécialiste : veuillez joindre également une copie de la déclaration du spécialiste
- Si l'incapacité de travail résulte d'un accident : une copie du **procès-verbal d'accident/ rapport de police**
- Si une tierce personne représente vos intérêts : une **procuration** signée par vous
- Si vous touchez déjà une retraite : une copie de votre première décision de rente
- En cas d'hospitalisation: une copie du rapport de sortie de l'hôpital

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.

8. Dispositions finales

Je suis en incapacité de travail 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(e) de devoir rembourser la totalité des indemnités versées et perdre mes droits conformément aux CGA 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 ainsi que les autres sociétés du groupe d'assurance AXA (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 au institut financier.

Déliement de clause de confidentialité

Par la présente clause, j'autorise AXA à vérifier et utiliser les informations que j'ai transmises sur mon état de santé. De même, j'autorise tous mes médecins, hôpitaux et autres instituts médicaux m'ayant suivi(e) ou qui me suivront médicalement, ainsi que mes assureurs, les services de police et ministères publics à transmettre les informations nécessaires pour prendre la décision d'accorder les indemnités.

Lieu, Date

x

Signature de l'assuré(e)

x



Réponses aux questions fréquentes

Que se passe-t-il après envoi de la déclaration de sinistre et des documents ?

Nous examinons votre demande dans les meilleurs délais. Dès réception de votre dossier, nous vous informons dans un délai de 1 à 2 semaines de notre décision ou de l'état de votre dossier si nous avons besoin de davantage de documents / informations de votre part.

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

En cas de prise en charge de vos mensualités par votre couverture d'assurance, vous recevrez le versement de nos indemnités directement sur le compte bancaire de Cembra Money Bank conformément aux Conditions Générales d'Assurance (CGA). Veuillez noter que nous ne pouvons pas effectuer les paiements sur un autre compte bancaire.

En cas d'Assurance *mensualités Plus*, nous procéderons au versement de vos indemnités supplémentaires sur le compte bancaire vous nous aurez communiqué.

Veillez noter que vous devez continuer à régler vos mensualités de crédit / factures, tant que nous n'avons pas encore reconnu votre droit à bénéficier des prestations

Dans quel cas le sinistre n'est-il pas couvert par l'assurance ?

Nous vous prions de lire attentivement les CGA. Les cas d'exclusion y sont explicitement détaillés.

Pendant combien de temps les indemnités sont-elles accordées ?

En cas d'incapacité de travail, l'assurance couvre le nombre maximum de mensualités convenu contractuellement par sinistre. S'il s'agit de votre carte de crédit nous payons au maximum le solde négatif. Vous trouverez plus amples informations dans les Conditions Générales d'Assurance de votre contrat. Pour obtenir cette indemnité, toujours accordée à effet rétroactif pour les 30 derniers jours, il faut fournir une attestation d'incapacité de travail pour le mois précédent émise par le médecin traitant ou le médecin de famille.

Le paiement du montant assuré a lieu après un délai d'attente de 30 jours (selon les Conditions Générales d'Assurance de votre contrat).

Que faire si je reçois une lettre de rappel de la banque ou si je ne peux régler la prime de l'assurance ?

Nous vous prions de prendre immédiatement contact avec votre institut financier afin de convenir d'un arrangement.

Est-ce que je dois régler mes échéances pendant la durée de prise en charge ?

Tant que nous n'avons pas étudié votre sinistre et que la prise en charge n'est pas encore certifiée, vous devez vous acquitter de vos échéances. Si vous ne réglez pas les primes de votre police d'assurance dans les délais requis, l'assureur se réserve le droit de suspendre le paiement des indemnités.

Quand les droits découlant de cette assurance arrivent-ils à échéance ?

Vos droits expirent si vous ne nous déclarez pas votre sinistre dans les 2 ans suivant le début de l'incapacité de travail (art. 46 de la loi suisse sur le contrat d'assurance).

Que se passe-t-il en cas d'incapacité de travail suivie de chômage ?

Si vous bénéficiez déjà d'une prise en charge pour incapacité de travail et que vous vous retrouvez au chômage, les prestations continueront de vous être versées au titre de l'incapacité de travail conformément aux CGA. A la fin de votre incapacité de travail, et si vous remplissez les conditions de prise en charge au titre de l'assurance chômage conformément aux CGA, vous pourrez alors bénéficier d'une prise en charge dans le cadre de l'assurance chômage.



Veuillez envoyer par notre site internet www.clpnet.com/customer/homechf, par la poste ou par fax

Déclaration du médecin de famille en cas d'incapacité de travail

1. Informations personnelles sur l'assuré(e)

Madame Monsieur

Prénom

Nom

Date de naissance

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

2. Informations sur l'incapacité de travail de l'assuré(e)

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

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

2) 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

b) Depuis quand l'incapacité de travail est-elle de 100% ?

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

4) Quand l'assuré(e) a-t-il été informé pour la première fois du diagnostic ?

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

5) Quand l'assuré(e) peut-il probablement reprendre son emploi ?

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

6 a) Par quels autres médecins l'assuré(e) est-il aussi suivi médicalement pour cette affection ?

Nom

Rue

CP / Ville

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

b) Durant quelle période ?

de

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

à

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

7) Anamnèse de l'affection

8 a) Existe-t-il des radiographies ou des images par résonance magnétique ? oui non

b) Si oui, quand ont-elles été réalisées ?

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

8 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, quand ?

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



9 a) L'état de santé de l'assuré(e) lui permet-il d'exercer une activité professionnelle correspondant à sa formation et son niveau de vie ?

oui non

b) Si oui, à partir de quand ?

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

10 a) L'incapacité de travail résulte-t-elle de lésions volontaires de l'assuré(e), d'une tentative de suicide, d'une grossesse normale, de drogues ou d'abus de médicaments, de problèmes psychiques, de dépressions, de problèmes de colonne vertébrale, du SIDA ?

oui non

b) Si oui, veuillez préciser :

11 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 ?

A compléter uniquement dans le cas d'un accident :

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

Accident de la circulation Accident domestique
 Accident du travail

b) Un alcootest a-t-il été pratiqué sur l'assuré(e) ?

oui non

b) Si oui, quand ?

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

A compléter uniquement dans le cas où l'incapacité de travail aurait un lien avec une maladie psychique :

13 a) L'assuré(e) est-il suivi par un psychiatre ?

oui non

b) Si oui, par quel médecin ?

Nom

Rue

CP / Ville

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 de sinistre.



Veillez envoyer par notre site internet www.clpnet.com/customer/homechef, par la poste ou par fax

Déclaration du médecin traitant en cas d'incapacité de travail

1. Informations personnelles sur l'assuré(e)

Madame Monsieur

Prénom Date de naissance

Nom

2. Informations sur l'incapacité de travail de l'assuré(e)

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

2) 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 ?

b) Depuis quand l'incapacité de travail est-elle de 100% ?

4) Quand l'assuré(e) a-t-il été informé pour la première fois du diagnostic ?

5) Quand l'assuré(e) peut-il probablement reprendre son emploi ?

6 a) Par quels autres médecins l'assuré(e) est-il aussi suivi médicalement pour cette affection ?

Nom

Rue

CP / Ville

b) Durant quelle période ?

de

à

7) Anamnèse de l'affection

8 a) Existe-t-il des radiographies ou des images par résonance magnétique ? oui non

b) Si oui, quand ont-elles été réalisées ?

8 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, quand ?



9 a) L'état de santé de l'assuré(e) lui permet-il d'exercer une activité professionnelle correspondant à sa formation et son niveau de vie ?

oui non

b) Si oui, à partir de quand ?

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

10 a) L'incapacité de travail résulte-t-elle de lésions volontaires de l'assuré(e), d'une tentative de suicide, d'une grossesse normale, de drogues ou d'abus de médicaments, de problèmes psychiques, de dépressions, de problèmes de colonne vertébrale, du SIDA ?

oui non

b) Si oui, veuillez préciser :

11 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 ?

A compléter uniquement dans le cas d'un accident :

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

Accident de la circulation Accident domestique
 Accident du travail

b) Un alcootest a-t-il été pratiqué sur l'assuré(e) ?

oui non

b) Si oui, quand ?

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

A compléter uniquement dans le cas où l'incapacité de travail aurait un lien avec une maladie psychique :

13 a) L'assuré(e) est-il suivi par un psychiatre ?

oui non

b) Si oui, par quel médecin ?

Nom

Rue

CP / Ville

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 de sinistre.