



Arrêt de travail suite à Maladie ou Accident

Avant de compléter ce formulaire, sachez que pour plus de confort et de rapidité, vous pouvez déclarer votre sinistre, suivre son évolution et transmettre des documents depuis notre page Web : <http://clp.partners.axa/fr/sinistres>
Ou si vous préférez, vous pouvez communiquer avec nous par email, fax ou courrier en complétant ce document.

Etape 1: Vérifier votre Police d'assurance

Important

- Vous devez être en arrêt total de travail depuis au moins 30 jours (jusqu'à 12 mois en fonction de vos Conditions Générales).
- Vous ne serez pas pris en charge pour toute la maladie ou accident qui aurait commencé avant la date de début de votre contrat d'assurance.

Avant de faire votre déclaration de sinistre, merci de vous reporter aux conditions générales de votre contrat d'assurance qui vous ont été remises lors de votre adhésion. Ce document détaille vos garanties, les conditions de prise en charge et les documents à fournir pour que nous puissions traiter votre dossier dans les meilleurs délais.

Vérifier en particulier les conditions de la garantie Incapacité de travail par Maladie ou Accident.

Etape 2: Remplir votre formulaire de déclaration

Comment faire ?

- Assurez-vous d'avoir rempli toutes les parties – Nous aurons besoin de toutes ces informations pour gérer rapidement votre dossier avec l'ensemble des informations nécessaires
- Vérifiez que tous les documents demandés dans la liste ci-dessous sont inclus dans votre envoi
- Vérifiez que ce formulaire de déclaration est signé et daté pour que nous puissions traiter votre dossier

Etape 3: Collecte d'information

Afin que votre demande de prise en charge puisse être étudiée, veuillez nous transmettre les documents suivants avec ce formulaire de déclaration :

- La déclaration médicale en pages 3 et 4 dûment complétée, *
- Le certificat d'arrêt de travail initial ainsi que les certificats de prolongation d'arrêt de travail, *
- Les décomptes des prestations d'indemnités journalières versées par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, si vous y êtes assujetti(e), ou de votre organisme social. A défaut, une attestation de votre employeur mentionnant la durée de votre incapacité temporaire totale de travail

*à nous adresser sous pli confidentiel « **A L'ATTENTION DU MEDECIN CONSEIL (SECRET MEDICAL)** ».

IMPORTANT : Merci de prendre le temps de réunir **TOUS** les documents nécessaires pour la gestion de votre sinistre.

En faisant un envoi groupé, nous pourrions évaluer votre demande dans les délais les plus brefs et éviter d'éventuelles demandes d'informations complémentaires qui décaleraient d'autant le traitement de votre dossier.

Etape 4: Que va-t-il se passer ensuite ?

Quand nous aurons reçu tous les éléments, nous traiterons votre sinistre au regard des Conditions Générales de votre contrat d'assurance. Ce processus prend en général 7 jours, à l'issue desquels nous serons en mesure de vous communiquer notre décision.

- Si un règlement peut être fait, nous vous indiquerons le montant, la date et le destinataire du paiement ainsi que toute autre information nécessaire.
- Si nous ne sommes pas en mesure de régler votre sinistre, nous vous expliquerons clairement le motif.
- Si vous ne nous transmettez pas assez d'informations/ou ne nous transmettez pas les documents nécessaires/ou si nous avons besoin de réclamer un complément d'information pour statuer sur la demande de prise en charge du dossier, nous vous indiquerons exactement les éléments dont nous aurons besoin, ce qui entrainera un délai pour rendre notre décision sur votre sinistre.

Où envoyer vos documents ?

Quand vous aurez complété ce formulaire et réuni tous les documents nécessaires, vous pourrez les transmettre aux adresses suivantes :

Internet : <http://clp.partners.axa/fr/sinistres>

E-mail : clp.fr.sinistres@partners.axa, l'objet devant mentionner « A l'Attention du Médecin-Conseil (SECRET MEDICAL) »

Courrier postal : **AXA (FACL/FICL)**
A l'Attention du Médecin-Conseil
Service Sinistres
51 rue des 3 Fontanot
CS 80135
92024 Nanterre Cedex

Fax : 01.55.91.15.21

Si vous nous envoyez des documents par voies postales, nous vous conseillons de garder une copie de votre formulaire de déclaration et des documents transmis. Cela pourrait être utile le cas échéant.

Nous ferons tout pour rendre le processus de gestion de votre sinistre aussi clair et simple que possible.

Si votre demande concerne un prêt, il est important que vous continuiez à payer vos échéances pendant toute la durée de gestion de votre sinistre.

Votre déclaration

Déclaration

- J'atteste que toutes les informations fournies sont correctes. Je comprends que si l'une d'elles s'avère erronée, cela aura pour conséquence le refus de prise en charge suivant les dispositions contractuelles de ma Police d'Assurance.
- Je comprends devoir fournir la preuve de mon droit à demander la prise en charge de mon sinistre par AXA (FICL/FACL) et devoir transmettre à la Compagnie tout justificatif permettant le traitement de celui-ci.
- Les copies de la présente déclaration seront légalement valables.

Par la signature du présent questionnaire, vous déclarez être informé(e) que des données à caractère personnel vous concernant, en tant que personne physique, sont recueillies auprès de vous. Les données sont destinées à la gestion et l'exécution du contrat d'assurance. Les réponses sont obligatoires ; à défaut de réponse, votre dossier ne sera pas traité. Les données sont destinées, sous réserve du secret médical, aux personnes habilitées à les recevoir, notamment AXA (responsable du traitement des contrats FICL/FACL), son groupe, ses partenaires (notamment réassureurs), ses prestataires et les organismes publics, sociaux et professionnels concernés. Vous disposez à l'égard des données d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition, que vous pouvez exercer auprès de AXA (FICL/FACL) – 51 rue des 3 Fontanot – CS 80135 – 92024 Nanterre Cedex – FRANCE.

Signature :

Date :

NOTICE RELATIVE AUX INFORMATIONS MEDICALES

Vous êtes sur le point de faire remplir une déclaration médicale par votre médecin traitant suite à la demande de prise en charge au titre de l'assurance souscrite auprès de FICL/FACL (entités de AXA).

Notre compagnie est très sensible au respect du secret médical dans l'exercice de son métier d'assureur. C'est pourquoi nous voulons vous préciser que toute information médicale doit être adressée sous pli confidentiel, à l'attention du Médecin Conseil de notre compagnie. Ce dernier ne communique à l'assureur que les conclusions administratives, strictement nécessaires à la prise de décision.

Nous vous remercions de bien vouloir nous retourner le dossier dûment complété, sous plus confidentiel, notamment avec la **mention « SECRET MEDICAL » clairement identifiée.**

En effet, il nous est nécessaire d'obtenir un minimum d'informations précises et complètes pour pouvoir statuer sur la demande de prise en charge, un dossier incomplet ou illisible entraînerait un délai d'étude plus long, voire son classement sans suite.

A cet égard, nous tenons à informer les ayants droit de l'existence de la loi du 4 mars 2002 dite « loi KOUCHNER » qui pose les principes du droit à l'information des usagers du système de santé et des droits de la personne.

Vous trouverez ci-après, les extraits des articles du Code de la Santé Publique relatifs à l'accès au dossier médical.

L'art. L.1111-7 alinéa 1 : « Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers. ».

I – Détails de l'assuré(e):

Profession : _____

Fonctionnaire Sécurité Sociale Autres organismes précisez : _____

1^{er} jour d'arrêt de travail : _____ Date de reprise : _____

Numéro de téléphone : _____ Email : _____

II – En cas d'accident:

Date et lieu de l'événement : _____

No du Procès Verbal : _____

Date du Procès Verbal : _____

Etabli par le Commissariat/Gendarmerie de : _____

Circonstances détaillées de l'accident : _____

III – Déclaration à compléter par le médecin traitant :

A- Les antécédents médicaux (sans lien avec la pathologie actuelle)

Etes-vous : Généraliste Spécialiste précisez la spécialité : _____

Depuis quand suivez-vous l'assuré(e) ? _____ (JJ/MM/AAAA)

L'assuré(e) suit-il (elle) un ou des traitements médicaux ? Oui Non

Si oui, merci de préciser :

Pathologie	Date diagnostic	Date d'instauration	Durée
	JJ/MM/AAAA	JJ/MM/AAAA	
	JJ/MM/AAAA	JJ/MM/AAAA	
	JJ/MM/AAAA	JJ/MM/AAAA	

L'assuré(e) a-t-il (elle) fait l'objet d'une ou plusieurs hospitalisations* ? Oui Non

Si oui, merci de préciser les dates exactes (JJ/MM/AAAA), le motif et la durée des hospitalisations :

L'assuré(e) a-t-il (elle) subi une ou plusieurs interventions chirurgicales* ? Oui Non

Si oui, merci de préciser les dates exactes (JJ/MM/AAAA) ainsi que le motif d'intervention :

***joindre le compte rendu d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale le cas échéant**

L'assuré(e) a-t-il (elle) eu des arrêts de travail pour maladie ou accident ? Oui Non

Si oui, merci de préciser les dates exactes (JJ/MM/AAAA) ainsi que le motif des arrêts :

L'assuré(e) est-il (elle) pris(e) en charge au titre de l'affection longue durée ? Oui Non

Si oui, merci de préciser depuis quelle date (JJ/MM/AAAA) et pour quelle affection :

B- Motif de l'arrêt de travail :

Précisez la/les cause(s) de l'incapacité(s) :

Maladie Accident Autre, précisez : _____

Nature de la pathologie ou atteinte	Date diagnostic	Date d'instauration	Durée
	JJ/MM/AAAA	JJ/MM/AAAA	
	JJ/MM/AAAA	JJ/MM/AAAA	
	JJ/MM/AAAA	JJ/MM/AAAA	

Les soins et/ou traitements ont-ils été dispensés de manière continue ? Oui Non*

* Si non, indiquez la date de fin des soins et/ou traitements : _____

Pronostic de la pathologie : _____

Dans le cas d'un événement autre que maladie, indiquer les circonstances exactes de celui-ci :

Fait à :

Le :

Signature du Médecin :
(Obligatoire)

Cachet :
(Obligatoire)