



Courrier à adresser à :
Service Sinistres
Téléphone : 01 57 32 47 12
E-mail : clp.fr.sinistres@partners.axa

AXA Partners – Credit & Lifestyle Protection
51 rue des 3 Fontanot
CS 80135
92024 Nanterre Cedex
Télécopie : 01 55 91 15 21
<http://clp.partners.axa/fr>

Arrêt de Travail suite à Maladie ou Accident

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 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. Vérifiez en particulier les conditions de la garantie Incapacité de Travail suite à 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 de l'information

Pour gérer ce sinistre, vous devez nous transmettre les documents suivants en même temps que ce formulaire de déclaration :

- Une copie de votre Carte Nationale d'Identité (recto-verso) ou Passeport, en cours de validité (+ de 6 mois),
- La déclaration médicale en pages 6 et 7 remplie par votre médecin traitant, *
- 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 « Secret Médical » à l'attention du Médecin-Conseil, Service Sinistres.

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'éventuels retards.

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 nécessaire pour statuer sur la demande de prise en charge du dossier, nous vous indiquerons exactement ce dont nous aurons besoin, ce qui entraînera un délai pour rendre notre décision sur votre sinistre.

La page suivante vous indiquera à quelle adresse envoyer votre formulaire de déclaration

Où envoyer vos documents ?

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

Courrier postal : AXA Partners – Credit & Lifestyle Protection – Service Sinistres – 51 rue des 3 Fontanot – CS 80135 – 92024 Nanterre Cedex

E-mail : Veuillez numériser vos documents et les envoyer à clp.fr.sinistres@partners.axa

Fax : 01 55 91 15 21

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

En déclarant votre sinistre par Internet, vous pourrez accéder, à votre convenance, aux fonctionnalités suivantes de façon rapide et sécurisée

1. Liste de documents à envoyer pour déclarer un sinistre
2. Transmission des documents pour la gestion de votre sinistre
3. Suivi du statut d'un sinistre (règlements, date de règlement, et documents envoyés et reçus)

L'utilisation du site Internet de gestion des sinistres d'AXA vous permettra de transmettre plus rapidement vos documents afin que nos conseillers puissent les étudier et vous apporter une réponse dans les meilleurs délais.

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.

Toutes les informations et tous les documents que nous vous demandons de fournir nous permettront de traiter votre demande aussi rapidement que possible. Les formulaires et / ou les documents incomplets engendreront un retard dans les délais de gestion. Nous pouvons parfois avoir besoin de plus amples renseignements ou d'éclaircissements. Dans ce cas, nous prendrons contact avec vous.

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 et devoir transmettre à AXA tout justificatif permettant le règlement de celui-ci.
- Les copies de la présente déclaration seront légalement valables.

Par la signature du présent questionnaire, vous déclarez consentir librement et sans réserve au traitement des informations et données personnelles fournies à l'Assureur. Ces informations ne seront utilisées que dans le but d'assurer le bon traitement de votre dossier en exécution du contrat d'assurance. Dans le cadre de ce traitement, les informations recueillies pourront être communiquées aux autres sociétés du groupe auquel appartient l'Assureur, ainsi qu'à ses mandataires, sous-traitants, réassureurs et organismes professionnels, au sein ou en dehors de l'Union Européenne. Pour ce qui concerne des transferts de données à des pays n'assurant pas un niveau de protection adéquat au sens de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, l'Assureur a pris toutes les mesures nécessaires à la protection de la confidentialité et à la sécurité des données personnelles. Conformément aux dispositions de la loi précitée, le déclarant peut exercer son droit d'accès, d'opposition ou de rectification aux informations le concernant qui figureraient sur tout fichier à l'usage de l'Assureur, des autres sociétés du groupe, de ses mandataires, de ses sous-traitants, de ses réassureurs ou des organismes professionnels, au sein ou en dehors de l'Union Européenne. Ce droit d'accès, d'opposition ou de rectification peut être exercé auprès d'AXA Partners – Credit & Lifestyle Protection, 51 rue des 3 Fontanot – CS 80135 – 92024 Nanterre Cedex.

Signature:

Date:

Pour toute demande d'information relative à l'utilisation de vos données personnelles et vos droits correspondants, vous pouvez consulter notre politique de confidentialité à l'adresse www.axa.fr/donnees-personnelles.html.

Détails à compléter par l'assuré(e)

Titre

M.

Mme

Date de naissance :

Nom

Prénom

Adresse

Préciser le nom de votre organisme social:

Code postal

Ville

N° de téléphone :

N° de portable :

Adresse email:

Il se peut que nous soyons amenés à vous contacter au sujet de votre déclaration de sinistre. Aussi nous vous demandons de nous indiquer l'adresse email de votre choix afin de rendre possible ce contact.

Informations sur votre situation professionnelle :

Profession :

Coordonnées
de l'employeur :

Dernier jour travaillé :

Code postal :

Date de retour au travail:



Courrier à adresser à :
Service Sinistres
Téléphone : 01 57 32 47 12
E-mail : clp.fr.sinistres@partners.axa

AXA Partners – Credit & Lifestyle Protection
51 rue des 3 Fontanot
CS 80135
92024 Nanterre Cedex
Télécopie : 01 55 91 15 21
<http://clp.partners.axa/fr>

DECLARATION MEDICALE D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL PAR SUITE DE MALADIE OU ACCIDENT

Le document doit être dûment rempli, daté, signé, cacheté par le médecin traitant de l'assuré(e)

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 d'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 pli confidentiel, à l'attention du Médecin-Conseil d'AXA, Service Sinistres.

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 stipule : « 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 et ont fait l'objet d'échanges entre professionnels de santé notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation ... 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. »

Déclaration médicale à compléter par le Médecin Traitant :

Nom et Prénom du patient :

Merci d'indiquer si votre patient(e) a déjà souffert de cette pathologie ou d'une pathologie associée ?

Oui Non

Merci de détailler la nature de la pathologie / l'accident
Nature de l'affection/Circonstance(s) de l'accident:

.....
.....
.....
.....

Si oui, complétez les champs ci-dessous :

Date :

Date du sinistre :

Date de 1^{ère} consultation :

Date du diagnostic :

1^{ère} constatation d'inaptitude au travail :

Date

Date

Si votre patient(e) souffre de plusieurs maladies, atteintes traumatismes ou lésions, merci de les lister ci-dessous

Si le patient a été hospitalisé, merci d'indiquer:

- Date de diagnostic:
1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____

Date d'entrée:

Date de sortie :

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

Oui Non

Dans l'affirmative, précisez les dates exactes, les durées, les motifs :

Déclaration médicale à compléter par le Médecin Traitant :

L'assuré(e) a-t-il/elle eu des arrêts de travail suite à maladie ou accident ?

Oui Non

Dans l'affirmative, précisez les dates exactes, les durées, les motifs :

L'assuré(e) perçoit-il/elle une pension d'invalidité, une rente pour maladie ou accident du travail ?

Oui Non

Dans l'affirmative, précisez le nom de l'organisme et la date d'attribution :

L'assuré(e) est-il/elle pris(e) en charge au titre de l'affection longue durée par la Sécurité Sociale ?

Oui Non

Dans l'affirmative, précisez depuis quelle date et pour quelle(s) affection(s) :

Depuis l'origine de l'affection, des soins et/ou traitements ont-ils été dispensés de manière continue ?

Oui Non

Date de Souscription*

*à remplir par l'assuré(e)

A la date de souscription du contrat indiqué ci-dessus, l'assuré(e) suivait-il/elle un traitement médical, et/ou était-il/elle soumis(e) ou pas à une surveillance médicale. Si oui, merci de nous préciser pour quelle(s) pathologie(s) :

Votre nom et votre adresse

Nom :

Signature du médecin :

Adresse :

Cachet du médecin :

Depuis quelle date êtes-vous le Médecin Traitant de l'assuré(e) ?