

Informations importantes

Assurance coûts fixes

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

- 1^{ère} étape : Remplissez entièrement **la partie A** du formulaire de déclaration de sinistre sans omettre de la signer.
- 2^e étape : Faites compléter **la partie B** par votre médecin traitant.
- 3^e étape : Joignez les **justificatifs** demandés au formulaire de déclaration de sinistre.
- 4^e étape : **Envoyez-nous** dans les meilleurs délais les **parties A et B** du formulaire de déclaration de sinistre entièrement remplies et signées ainsi que les justificatifs demandés. Sinon nous ne sommes pas en mesure de traiter votre demande.

Quels justificatifs sont nécessaires pour l'étude du dossier ?

- partie A** du formulaire
 - partie B** du formulaire
 - une copie du **procès-verbal d'accident / rapport de police**, si l'incapacité de travail / l'hospitalisation résulte d'un accident
 - Si une tierce personne représente vos intérêts, nous avons besoin d'une **procuration** signée par vous
- Pour les salariés
- une copie du **contrat de travail** en vigueur au moment de la signature de votre contrat d'assurance
- Pour les travailleurs indépendants
- une copie de **l'inscription au registre** du commerce de votre entreprise

Aidez-nous pour que nous puissions vous aider à notre tour !

Lorsque la déclaration de sinistre est incomplète ou que des justificatifs manquent, cela implique des retards dans l'examen de votre dossier. Les documents et informations manquants vous sont redemandés avant de pouvoir continuer à traiter votre dossier.

Réponses aux questions fréquentes

Que se passe-t-il après l'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 ?

Assurance coûts fixes

Dans le cas d'une prise en charge par votre couverture d'assurance, nous versons les indemnités sur le compte bancaire que vous nous communiquez dans la déclaration de sinistre.

Cela signifie que si nous prélevons automatiquement les primes de votre police d'assurance mensuelle de votre compte, nous ferons donc le paiement des indemnités sur le compte bancaire que nous débitons normalement.

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

Nous vous prions de lire attentivement les Conditions Générales d'Assurance. Les cas d'exclusions y sont explicitement détaillés.

Pendant combien de temps les indemnités sont-elles accordées ?

En cas d'**incapacité de travail**, l'assurance couvre maximum 12 mensualités par sinistre. 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.

Pour les **hospitalisations** (seulement pour les travailleurs indépendants) nous prenons en charge 12 mensualités par sinistre. Pour avoir droit aux indemnités, il faut justifier d'une hospitalisation de minimum 7 jours consécutifs. Le paiement est alors accordé à effet rétroactif dès le 1^{er} jour d'hospitalisation.

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

Vos droits expirent si vous ne nous déclarez pas votre sinistre dans les deux ans suivant le début du chômage. (Loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908, version du 27 décembre 2005)

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

Suivant l'ordre d'arrivée du sinistre, nous vous envoyons dans un premier temps un formulaire de déclaration de sinistre pour incapacité de travail et examinons ce dossier. Si vous vous retrouvez au chômage pendant l'incapacité de travail (non valable pour les indépendants), nous vous envoyons dans les meilleurs délais un formulaire de déclaration de sinistre pour cause de chômage et examinons votre nouveau dossier.

Partie A
Déclaration de sinistre – Incapacité de travail/ Hospitalisation
Assurance coûts fixes
A remplir lisiblement par l'assuré(e).

1. Informations personnelles

Madame Monsieur

Prénom Date naiss.

Nom Profession

Rue Téléphone privé

NPA/ lieu Tél. portable

E-mail

Oui, je souhaite être informé de la réception de mon courrier par e-mail.
 Oui, je souhaite être informé de la réception de mon courrier par SMS.

2. Informations concernant la police d'assurance

Numéro de la police d'assurance coûts fixes

Date du début de l'assurance indiquée sur la police

3. Paiement des indemnités d'assurance

Si nous débitons votre prime d'assurance mensuelle par prélèvement bancaire, nous versons les indemnités sur ce même compte bancaire en cas de reconnaissance de sinistre.

Si vous payez votre prime d'assurance mensuelle **par bulletin de versement**, veuillez nous communiquer vos coordonnées bancaires pour le versement des indemnités.

Bénéficiaire

N° de compte

N° de clearing

Nom de la banque

NPA/ lieu

4. Informations sur votre incapacité de travail

1a. De quels maux souffrez-vous?

b. Depuis quand souffrez-vous de ces maux?

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

Nom

Rue

NPA/ lieu

Téléphone

b. A quelle date?

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

Nom

Rue

NPA/ lieu

Téléphone

Partie A - Suite
Déclaration de sinistre – Incapacité de travail/ Hospitalisation
Assurance coûts fixes
A remplir lisiblement par l'assuré(e).

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

Nom

Rue

NPA/ lieu

Téléphone

b. Durant quelle période?

de J J M M A A A A

à J J M M A A A A

5a. Nom et adresse de votre **médecin de famille**

Nom

Rue

NPA/ lieu

Téléphone

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

Date J J M M A A A A

5. 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 **→ Veuillez nous envoyer le rapport de police par retour du courrier!**

non

3a. Un alco-test a-t-il été pratiqué?

oui non

b. Si oui, veuillez en indiquer le résultat

4. Description de l'accident (ne vous référez pas seulement à un rapport de police. En cas de manque de place, veuillez compléter sur feuille séparée le cas échéant)

6. Dispositions finales

Déclaration

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 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.

Déliement de clause de confidentialité

Par la présente clause, j'autorise Genworth Financial (« l'assureur ») à vérifier et évaluer 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 à la détermination du versement des indemnités d'assurance.

Genworth Financial

Genworth Financial est le nom marketing de Financial Insurance Company Limited, Chiswick Park, Londres, GB, succursale de Zurich.

Lieu, date **X** _____

Signature de l'assuré(e) **X** _____

Partie B
Déclaration de sinistre – Incapacité de travail / Hospitalisation
Assurance coûts fixes
A faire remplir lisiblement par votre médecin.

1. Informations sur l'assuré(e)

Madame Monsieur

Prénom

Nom

Date naiss.

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

1. Quelle est la cause de l'affection menant à l'incapacité de travail?
(veuillez indiquer le diagnostic exact)

2a. Depuis quand cette affection existe-t-elle?

b. Depuis quand l'incapacité de travail est-elle de **100%** (si c'est le cas) ?

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

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

5. a. Par quels autres médecins l'assuré(e) est-il aussi suivi médicalement pour cette affection?
 Nom
 Rue
 NPA/ lieu

b. Durant quelle période?
 de
 à

6. Anamnèse de l'affection

7a. S'agit-il d'un accident? Accident de la circulation Accident domestique
 Accident du travail

b. Un alcotest a-t-il été pratiqué sur l'assuré ? oui non

Si oui, veuillez en préciser le résultat

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

b. Quand ont-elle été réalisées?

9a. L'assuré(e) est-il suivi par un psychiatre? oui non

b. Si oui, par quel médecin?
 Nom
 Rue
 NPA/ lieu

Partie B - Suite
Déclaration de sinistre – Incapacité de travail/ Hospitalisation
Assurance coûts fixes
A faire remplir lisiblement par le médecin.

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

10a. L'assuré(e) a-t-il été soigné oui non
antérieurement pour l'affection déclarée ou pour une **affection ayant un rapport** avec cette dernière?

b. Si oui, quand?

11a. 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?

12a. L'actuelle 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.

13a. 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.

4. Dans le cas d'une hospitalisation, veuillez compléter– seulement pour les travailleurs indépendants erbende!

1. L'assuré(e) a-t-il été hospitalisé en raison de l'affection déclarée ci-dessus? oui non

2. Dans quel hôpital? **Nom**
Rue
NPA/ lieu

3. Qui était le médecin traitant à l'hôpital? **Nom**

4. Jour de l'entrée à l'hôpital

5. Jour de sortie de l'hôpital

Lieu, date **X** _____

Signature du médecin et cachet du cabinet médical **X** _____

Numéro de téléphone du médecin **X** _____

Information 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.