

## Informations importantes

### Assurance mensualités

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

- 1<sup>ère</sup> étape : Remplissez entièrement **la partie A** du formulaire de déclaration de sinistre sans omettre de la signer.
- 2<sup>e</sup> étape : Faites compléter **la partie B** par votre médecin traitant.
- 3<sup>e</sup> étape : Joignez les **justificatifs** demandés au formulaire de déclaration de sinistre.
- 4<sup>e</sup> 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 résulte d'un accident
- Si une tierce personne représente vos intérêts, nous avons besoin d'une **procuration** signée par vous
- une copie du **contrat de travail** en vigueur au moment de la signature de votre contrat d'assurance

**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 mensualités**

Vous êtes tenu de continuer à verser vos mensualités, prime de l'assurance mensualités incluse, à GE Money Bank jusqu'à réception de notre décision sur votre sinistre. Nous vous informons dans cette lettre si et à partir de quand nous nous chargeons de vos paiements.

Dans le cas d'une prise en charge de vos mensualités, nous versons les indemnités directement sur votre compte GE Money Bank. Veuillez noter que nous ne pouvons absolument pas verser les indemnités sur un autre compte.

### **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 établie par le médecin traitant pour le mois précédent.

Le paiement de l'indemnité d'assurance se fait après une période d'attente de 30 ou 90 jours (selon le contrat).

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

Nous vous prions de prendre immédiatement contact avec GE Money Bank.

### **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, 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**  
**Assurance mensualités**  
**A remplir lisiblement par l'assuré(e).**

**1. Informations personnelles**

Madame  Monsieur

Nom

Prénom

Rue

NPA/ lieu

Date naiss.

Profession

Téléphone privé

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 sur votre police d'assurance**

Numéro de compte ou de contrat GE Money Bank

Date de la conclusion du contrat

**3. Paiement des indemnités d'assurance**

Quand nous reconnaissons votre sinistre, le paiement des indemnités de l'assurance se fait sur le compte GE Money Bank susmentionné.

**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**  
**Assurance mensualités**  
**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

à

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

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

1. Date de l'accident

2. L'accident a-t-il été enregistré par la police?  oui  **Veillez nous envoyer le rapport de police par retour du courrier!**  
 non

3a. Un alcotest a-t-il été pratiqué?  oui  non

b. Si oui, veuillez 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 de 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**  
**Assurance mensualités**  
**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 alcoltest 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

