



# DECLARATION DE SINISTRE

## INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL / INVALIDITE

Renseignements généraux à compléter par l'assuré

Contrat : \_\_\_\_\_ N° d'adhésion : \_\_\_\_\_

### Identité de l'assuré

NOM – Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Les pièces justificatives à joindre à l'appui de la présente déclaration

L'exigibilité des prestations est subordonnée à la fourniture à l'assureur (ou le cas échéant à son Médecin Consultant) du présent questionnaire médical sinistre et des pièces mentionnées ci-dessous tels que prévu aux conditions générales du contrat.

#### En cas d'Incapacité Temporaire Partielle ou Totale de Travail :

#### En cas d'Invalidité Permanente Partielle ou Totale :

<p>Dans tous les cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la copie des comptes rendus des examens réalisés (imagerie médicale, bilan biologique, autres)</li> <li>- la copie des comptes rendus de consultations de spécialiste</li> <li>- la copie des certificats médicaux d'arrêt de travail et de prolongation</li> </ul>	<p>Dans tous les cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la copie des comptes rendus des examens réalisés (imagerie médicale, bilan biologique, autres)</li> <li>- la copie des comptes rendus de consultations de spécialiste</li> <li>- l'attestation de notification d'attribution d'une pension d'invalidité de la Sécurité sociale ou l'attestation de mise en invalidité par le Régime Obligatoire de l'assuré.</li> </ul>
<p><b>En cas d'adhésion liée à un emprunt :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le tableau d'amortissement annexé au contrat de prêt assuré</li> </ul>	<p><b>En cas d'adhésion liée à un emprunt :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le tableau d'amortissement annexé au contrat de prêt assuré</li> </ul>
<p><b>En cas d'accident :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tout document officiel établi à la suite de l'accident (procès verbal de gendarmerie, rapport de police, coupure de presse)</li> </ul>	<p><b>En cas d'accident :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tout document officiel établi à la suite de l'accident (procès-verbal de gendarmerie, rapport de police, coupure de presse)</li> </ul>
<p><b>En cas de maladie :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la copie des comptes rendus des examens ayant permis de porter le diagnostic</li> </ul>	<p><b>En cas de maladie :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la copie des comptes rendus des examens ayant permis de porter le diagnostic</li> </ul>
<p><b>En cas d'hospitalisation(s) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la copie des comptes rendus de séjour hospitalier et du bilan effectué</li> </ul>	<p><b>En cas d'hospitalisation(s) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la copie des comptes rendus de séjour hospitalier et du bilan effectué</li> </ul>
<p><b>En cas d'intervention chirurgicale :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la copie du compte rendu opératoire et éventuellement histologique et/ou de biopsie</li> <li>- la copie de la fiche anesthésique pré-opératoire</li> </ul>	<p><b>En cas d'intervention chirurgicale :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la copie du compte rendu opératoire et éventuellement histologique et/ou de biopsie</li> <li>- la copie de la fiche anesthésique pré-opératoire</li> </ul>

Nous vous rappelons que toute déclaration de sinistre doit nous parvenir dans le délai notifié aux conditions générales du contrat. L'ensemble des éléments à caractère médical sont à nous adresser, sous pli confidentiel, à l'attention de notre Médecin Consultant. L'assureur ou son Médecin Consultant peut également demander toute autre pièce complémentaire nécessaire à l'appréciation du dossier et éventuellement procéder à une expertise médicale. Notamment, en cas d'invalidité permanente totale ou partielle, seule une expertise mandatée par l'assureur pourra déterminer le taux d'invalidité et par conséquent la prise en charge ou non de celle-ci.





**Sphéria**  
vie

10. Cette affection a-t-elle nécessité une hospitalisation ?

- Non  Oui, précisez (joindre la copie du compte-rendu d'hospitalisation et du bulletin de situation)

.....

.....

11. Aviez-vous déjà traité l'assuré(e) dans le passé pour l'affection actuelle :

- Non  Oui, quand pour la 1<sup>ère</sup> fois, pour quel motif et quel traitement ? .....

.....

.....

## S'il s'agit d'un accident, d'une tentative de suicide ou d'homicide :

(joindre la copie éventuelle du procès-verbal de gendarmerie ou du rapport de police et joindre la copie éventuelle des comptes rendus opératoires, d'hospitalisation, des examens effectués)

12. Nature de l'évènement :

- accident du travail  
 accident de la vie privée  
 accident de sport  
 Autre - Précisez : .....

13. Causes, lieu et circonstances de l'accident ou évènement :

.....

.....

14. Quelles sont les lésions constatées ?

.....

.....

15. Quel est le traitement suivi ? (joindre la copie de l'ordonnance de soins et traitements)

.....

.....

16. Quel est votre avis pronostique ?

.....

17. Une invalidité est-elle à prévoir ?

- Non  Oui, précisez : .....

## S'il s'agit d'une grossesse :

(joindre la copie des comptes-rendus du suivi de la grossesse et du compte rendu de l'examen ayant permis de porter le diagnostic de grossesse pathologique)

18. Date de début prévue du congé légal : ..... Date de fin : .....

19. Quelle est la date prévue de l'accouchement ? .....

20. S'agit-il d'une grossesse pathologique \* ? (\*Grossesse dont l'évolution est marquée par un phénomène pathologique mettant en danger la mère ou l'enfant à l'exclusion de toutes considération socioprofessionnelle ou de convenance personnelle.)

- Non  
 Oui

Si non, quel est le motif de l'arrêt :

- Incompatibilité avec l'activité professionnelle  
 Grossesse à risque  
 Autres .....

Dans tous les cas, précisez : .....

.....



**Sphéria**  
vie

**Dans tous les cas :** (joindre la copie éventuelle des comptes-rendus des examens réalisés et/ou des comptes-rendus d'hospitalisation, opératoires, histologiques)

21. L'assuré doit-il subir :

- une hospitalisation  une intervention chirurgicale  
 une convalescence  des séances de rééducation

Si oui, précisez la nature, le motif médical, la durée et les dates de début/fin :

.....  
 .....

**Les zones ci-après devront dans tous les cas être renseignées :**

22. Avez-vous déjà traité l'assuré(e) ou avez eu connaissance que l'assuré(e) ait été traité :

- pour d'autres affections (exceptées les petites affections passagères habituelles, strictement bénignes et non répétitives) ?

- Oui  Non

- par des hospitalisation(s) et/ou opération(s) ?

- Oui  Non

- pour un/des accident(s) ?

- Oui  Non

Si oui, lesquelles ? Quand ? .....

.....  
 .....

23. L'état clinique antérieur de l'assuré a-t-il motivé :

- une hospitalisation ?  oui  non  
 - une prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale pour affection de longue durée  oui  non  
 - l'attribution d'une pension ou d'une rente d'invalidité  oui  non

Si oui, précisez : .....

.....  
 .....

24. Êtes-vous le médecin traitant de l'assuré ?

- Oui  Non

Si oui, depuis quand ? .....

25. Êtes-vous le médecin ayant constaté l'évènement (accident/diagnostic) ?

- Oui  Non

26. Quelle est votre qualité ou spécialité :

.....  
 .....

**Je soussigné(e), Dr (NOM/Prénom/Qualité du médecin)**

.....  
 .....

**certifie avoir complété dans son intégralité le présent questionnaire à la demande de l'assuré(e), et lui avoir remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.**

Fait à : ..... le : .....

**Cachet et signature du médecin**