



DECLARATION DE SINISTRE

DECES/PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

(anciennement Invalidité Absolue et Définitive)

Renseignements généraux à compléter par l'assuré
ou son représentant ou l'ayant droit de l'assuré

Contrat : _____ N° d'adhésion : _____

Identité de l'assuré

NOM – Prénom : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____ Numéro de téléphone : _____

Identité du représentant ou de l'ayant droit

NOM – Prénom : _____ Numéro de téléphone : _____

Adresse : _____

Lien avec l'assuré : _____

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.

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

Dans le cas d'un décès

Dans le cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

<p>Dans tous les cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la copie des comptes rendus des examens réalisés (imagerie médicale, bilan biologique, autres) - la copie des comptes rendus de consultations de spécialiste - un extrait d'acte de décès de l'assuré 	<p>Dans tous les cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la copie des comptes rendus des examens réalisés (imagerie médicale, bilan biologique, autres) - la copie des comptes rendus de consultations de spécialiste - l'attestation de notification d'attribution d'une pension d'invalidité majorée pour une tierce personne, attribuée par la Sécurité sociale (invalidité de 3^{ème} catégorie) ou par tout autre organisme assimilé.
<p>En cas d'adhésion liée à un emprunt :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le tableau d'amortissement annexé au contrat de prêt assuré 	<p>En cas d'adhésion liée à un emprunt :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le tableau d'amortissement annexé au contrat de prêt assuré
<p>En cas d'accident :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tout document officiel établi à la suite de l'accident (procès verbal de gendarmerie, rapport de police, coupure de presse) 	<p>En cas d'accident :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tout document officiel établi à la suite de l'accident (procès-verbal de gendarmerie, rapport de police, coupure de presse)
<p>En cas de maladie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la copie des comptes rendus des examens ayant permis de porter le diagnostic 	<p>En cas de maladie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la copie des comptes rendus des examens ayant permis de porter le diagnostic
<p>En cas d'hospitalisation(s) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la copie des comptes rendus de séjour hospitalier et du bilan effectué 	<p>En cas d'hospitalisation(s) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la copie des comptes rendus de séjour hospitalier et du bilan effectué
<p>En cas d'intervention chirurgicale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la copie du compte rendu opératoire et éventuellement histologique et/ou biopsie 	<p>En cas d'intervention chirurgicale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la copie du compte rendu opératoire et éventuellement histologique et/ou biopsie

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 ci-joint, 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.

QUESTIONNAIRE MEDICAL SINISTRE

A COMPLETER PAR LE MEDECIN TRAITANT OU LE SPECIALISTE

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Suite à :

- Décès de l'assuré
 Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Identité de l'assuré

NOM – Prénom : _____

Profession (au moment du sinistre) :

Date de naissance : ____/____/____

POIDS : _____

TAILLE : _____

TENSION ARTERIELLE : _____

Renseignements particuliers à remplir

Date de survenance du sinistre : _____

Nature du sinistre :

- Maladie Suicide
 Accident Homicide

Autres : _____

N° de téléphone : _____

Adresse : _____

S'il s'agit d'une maladie :

1. Quel est le diagnostic ? (joindre la copie éventuelle des comptes rendus opératoires, d'hospitalisation, des examens effectués)

.....

2. Pour cette affection quelle est selon vous :

a) la date d'apparition des premiers symptômes (même sans diagnostic précis) :

b) la date des premières manifestations cliniques :

c) la date du premier traitement :

3. Cette affection a-t-elle nécessité une hospitalisation ? Si oui, précisez :

.....

4. A quelle date l'assuré a-t-il dû cesser ses occupations professionnelles, même à temps partiel ?

.....

S'il s'agit d'un accident, d'un suicide ou d'un 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)

5. Nature de l'évènement :

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

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

.....



7. Quelles sont les lésions constatées (nature et siège) ?

.....

Dans tous les cas, la zone ci-après doit être renseignée :

8. Avez-vous déjà traité l'assuré(e) ou avez eu connaissance que l'assuré ait été traité pour d'autres affections (exceptées les petites affections passagères habituelles, strictement bénignes et non répétitives) opération(s) ? accident(s) ?.....

.....

9. Si oui, lesquelles ? Quand ?

.....

10. L'état clinique antérieur de l'assuré a motivé :

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

11. Si oui, précisez :

.....

En cas de décès de l'assuré :

12. Date de survenance et lieu(x) du décès :

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré

13. Date de reconnaissance de l'état d'invalidité : (joindre notification fournie par le Régime Obligatoire)

.....

14. L'assuré est-il capable d'exercer la moindre activité pouvant lui procurer gain ou profit ?

Oui

Non

15. Lui est-il nécessaire de recourir à l'assistance d'une tierce personne ? (pour les actes ordinaires de la vie courante)

Oui

Non

16. L'assistance d'une tierce personne lui a-t-elle été accordée par son Régime Obligatoire? (joindre un justificatif)

Oui

Non

Si oui, à quelle date ?

A titre temporaire

A titre définitif

17. La PTIA (ou IAD) résulte-t-elle de l'aggravation d'un état d'invalidité antérieur ?

Oui

Non

Si oui, précisez :

.....



Dans tous les cas, les zones ci-après devront être renseignées :

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

- Oui
- Non

Si oui, depuis quand ?

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

- Oui
- Non

Si non, 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), de son représentant ou ayant-droit et lui avoir remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Fait à : le :

Cachet et signature du médecin