

Formulaire de déclaration de sinistre : Invalidité Totale et Permanente

Afin de nous aider à traiter votre déclaration le plus rapidement possible, veuillez compléter ce formulaire de manière la plus détaillée et de la signer. Une partie de ce formulaire devra être remplie par un médecin. Si celui-ci n'est pas entièrement complété nous serons dans l'obligation de vous le renvoyer et cela retardera la procédure.

| | |
|--|---|
| Informations sur le Souscripteur (Personne indiquée dans le contrat) | |
| N° de police..... | |
| Nom | Date de naissance <input type="text"/> JJ/MM/AAAA |
| Adresse..... | Ville..... Code postal..... |
| Numéro de téléphone | Email |
| Profession | |
| Informations sur le demandeur (à remplir si différent du Souscripteur) | |
| Nom..... | Date de naissance <input type="text"/> JJ/MM/AAAA |
| Adresse..... | Ville..... Code postal |
| Numéro de téléphone | Email |
| Profession | Lien de parenté avec le Souscripteur |
| Informations sur le médecin | |
| Nom du médecin généraliste | |
| Adresse | Ville..... Code postal..... |
| Numéro de téléphone | Email |
| Nom du spécialiste (si il y'en a un)..... | |
| Adresse | Ville..... Code postal..... |
| Numéro de téléphone | Email |
| Situation professionnelle | |
| Profession..... | |
| Type de contrat (merci d'entourer votre situation): | CDI, CDD, Intérim, contrat d'apprentissage, profession libérale |
| Si autre, merci de préciser :..... | |
| Nombre d'heures de travail par semaine | Date début de votre contrat <input type="text"/> JJ/MM/AAAA |
| Nom de l'employeur | |
| Adresse..... | Ville..... Code postal..... |
| Numéro de téléphone..... | Email |
| Informations sur le sinistre | |
| Accident | |
| Quand est-ce que l'accident s'est-il produit précisément ? | <input type="text"/> JJ/MM/AAAA <input type="text"/> HH:MM |
| Où est-ce que l'accident s'est-il déroulé?..... | |
| Comment cela s'est-il passé?..... | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| Avez-vous subi des blessures? Lesquelles ?..... | |
| | |
| Handicap | |
| De quel handicap souffrez-vous actuellement ?..... | |
| Quand est-ce-que les premiers symptômes sont-ils apparus et de quelle nature sont-ils ?..... | |
| | |
| | |
| Date du diagnostic <input type="text"/> JJ/MM/AAAA | |
| Avez-vous déjà eu ce type de symptômes auparavant? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

Si oui, merci de préciser

Information médicale

Depuis quand êtes-vous en arrêt de travail suite à votre accident ? JJ/MM/AAAA

Quel genre de traitement suivez-vous en ce moment? Merci de préciser le traitement et la posologie.....

Suivez-vous un traitement non médicamenteux, comme par exemple physiothérapie ? Oui Non

Si oui, cela a-t-il été prescrit par le médecin ci-dessus? Oui Non

Si non, merci de préciser les détails suivants :

Nom du médecin généraliste

Adresse..... Ville..... Code postal

Numéro de téléphone Email

Est-ce qu'il y a eu une évaluation de la part de la Sécurité Sociale concernant votre invalidité? Oui Non

Si oui, quel a été le résultat ?.....

Si non, est-ce que une consultation a-t-elle été envisagée ? Oui Non

Si oui, pouvez-vous nous indiquer la date de la consultation prévue ? JJ/MM/AAAA

Demande de versement d'indemnités

En acceptant de recevoir un versement de Stonebridge en conformité avec les instructions ci-dessous, Stonebridge sera déchargée de toute responsabilité en rapport avec ce contrat.

ATTENTION: Le paiement des indemnités sera effectué exclusivement par virement bancaire international sur le compte utilisé pour le prélèvement mensuel de votre cotisation. Si vous utilisez une autre méthode de paiement pour votre cotisation mensuelle (par exemple carte de crédit), veuillez indiquer vos coordonnées bancaires ci-dessous. Dans ce cas vous devrez nous envoyer une copie de votre relevé d'identité bancaire (RIB) indiquant vos coordonnées bancaires, votre nom complet et votre adresse postale complète.

IBAN: (27 lettres) _____

BIC: (11 lettres) _____

Nom du titulaire du compte:

Nom de la banque:

Adresse.....

Ville..... Code postal.....

Nom du Souscripteur/ Bénéficiaire

Signature

Date (JJ/MM/AAAA)

.....

Formulaire de consentement et de levée du secret professionnel

Stonebridge fait partie du groupe Embignell. Afin de faire avancer le traitement de votre déclaration de sinistre et d'accomplir les formalités de gestion de votre police, nous devons conserver et traiter les renseignements que nous recueillons et les partager auprès de tiers opérant en notre nom. Le présent document décrit nos pratiques quant à l'utilisation de ces renseignements et aux demandes de consentement que nous vous adresserons. Il nous faut le consentement du titulaire de la police et du demandeur (la personne victime du sinistre).

Veillez lire les conditions spécifiées ci-dessous, puis signer ce formulaire si vous en acceptez les conditions. À défaut d'accepter ces conditions, nous ne serons pas en mesure de traiter votre déclaration de sinistre. Ce formulaire doit être retourné dûment rempli conjointement à votre formulaire de déclaration de sinistre afin que nous puissions commencer à évaluer votre demande d'indemnisation.

Je comprends qu'en apposant ma signature ci-dessous :

1. je déclare que les renseignements communiqués sur le formulaire de déclaration de sinistre et dans toutes les pièces justificatives sont véridiques et exhaustifs. Tout acte de fraude, fausse déclaration ou dissimulation de mon fait pourra entraîner la résiliation immédiate de ma police d'assurance et je pourrais alors être déchu de tous mes droits à prestations ainsi que de toutes primes que j'aurais réglées.
2. Je consens au traitement et à la conservation par Stonebridge de mes données à caractère personnel, y compris les données personnelles sensibles (comme les renseignements médicaux) aux fins d'évaluation et d'approbation de toute demande d'indemnisation, de gestion des polices d'assurance, de prestation de services et de prévention de la fraude. Je comprends que pour ce faire, mes données pourront être partagées auprès d'autres membres du groupe Embignell et de tiers opérant pour notre compte au Royaume-Uni et à l'étranger, y compris en dehors de l'Espace économique européen.
3. Je comprends que je peux refuser de donner mon consentement ou le retirer pour le traitement de mes données à caractère personnel à l'égard de cette déclaration de sinistre et que je peux faire corriger ou supprimer toutes inexactitudes à ce propos, étant entendu qu'une telle démarche pourra affecter la capacité de Stonebridge à donner suite à ma demande.

Par la présente, j'autorise tout médecin que j'ai consulté ainsi que les compagnies d'assurance, les organismes assureurs et les autorités publiques compétentes à remettre à Stonebridge ou à ses prestataires de services tous les renseignements concernant ma santé physique et mentale passée et présente ainsi que tous les renseignements qui seront jugés nécessaires aux fins de l'évaluation de cette demande d'indemnisation.

Toute copie de la présente autorisation a la même valeur que l'originale.

Titulaire de la police

Demandeur (l'Assuré)

Signature

Signature

Nom du titulaire de la police (en caractères d'imprimerie)

Nom du demandeur (en caractères d'imprimerie)

Date

Date