

COMMENT FAIRE JOUER VOTRE **CONTRAT** **D'ASSURANCE DE PRÊT EN CAS DE MALADIE OU** **D'ACCIDENT**

VOUS TROUVEREZ DANS CE GUIDE LA DESCRIPTION DES DEMARCHES A ACCOMPLIR POUR FAIRE JOUER VOTRE ASSURANCE DE PRÊT EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL, D'INVALIDITÉ OU DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

Un exemple pour commencer ?

Vous êtes malade ou avez eu un accident, votre médecin vous a prescrit un arrêt de travail.

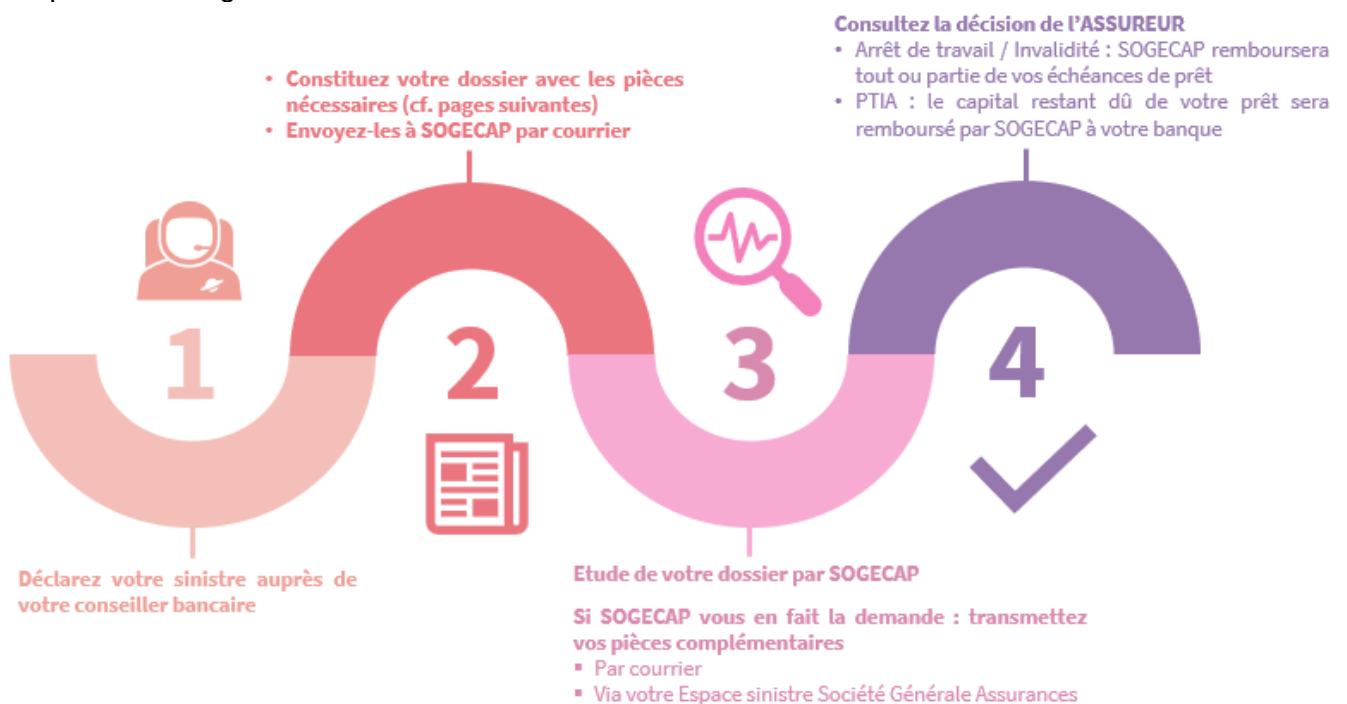
⇒ Vous êtes alors en état d'« Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT) ».

Votre contrat d'Assurance de prêt prendra en charge vos mensualités après un délai de franchise de 3 ou 4 mois*. Le montant pris en charge dépendra de la quotité assurée définie à l'adhésion, c'est-à-dire le niveau de protection que vous avez choisi, exprimé dans un pourcentage du montant du prêt.

Exemple :

- Vous êtes arrêté le 1^{er} juin 2023 pour une durée de 6 mois.
- Votre quotité est de 100%.
- Votre période de franchise est de 4 mois
- ⇒ Votre Assurance de prêt prendra en charge 100% des mensualités d'octobre et novembre.

Pour cela, nous allons vous accompagner pour constituer votre dossier qui permettra cette prise en charge.



* Le délai de franchise peut varier en fonction du contrat d'assurance que vous avez souscrit. Nous vous invitons à vous référer à la notice d'information de votre contrat d'assurance de prêt.

VOS DOCUMENTS A FOURNIR EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL

INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

Votre médecin vous a prescrit un arrêt de travail à la suite d'une maladie ou d'un accident.

⇒ Vous êtes alors en état d'« Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT) ».

Votre Assurance de prêt prendra en charge le remboursement de vos échéances mensuelles de prêt à **partir du 91^{ème} ou 121^{ème} jour d'arrêt de travail continu*** et ce **pendant toute la durée restante de votre arrêt**. *Nous parlons ici du délai de franchise respectivement de 90 jours ou 120 jours.*

Vous devez envoyer **au plus tôt** les justificatifs ci-dessous à SOGECAP.

Les documents à transmettre en cas d'arrêt de travail

- **A COMPLETER PAR VOS SOINS** : la « DÉCLARATION D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, D'INVALIDITÉ » que vous trouverez à la suite de ce guide
- **A FOURNIR PAR VOS SOINS** :
 - la copie des certificats médicaux d'arrêt de travail délivrés par votre médecin (modèle CERFA)
 - les décomptes d'indemnités journalières disponibles sur votre espace AMELI **si vous êtes rattachés au régime général de la Sécurité sociale, OU**
 - une attestation de votre régime de santé obligatoire confirmant la prise en compte de votre arrêt de travail **si vous n'êtes pas rattachés à la Sécurité sociale, si vous exercez une profession libérale ou si vous exercez une autre activité non salariée**
 - pour les agents du secteur public : une attestation employeur précisant la position de l'intéressé au regard du régime statutaire des congés maladie
- Eventuellement, tout autre document que vous jugeriez utile à la constitution de votre dossier (comptes rendus d'hospitalisation, etc.)

OU ADRESSER VOS DOCUMENTS :

SOGECAP - SERVICE MEDICAL – A l'attention du Médecin Conseil
42 boulevard Alexandre Martin – 45057 ORLEANS CEDEX 1
Centre Relation Client : 0 969 362 362 (*numéro non surtaxé*)

* Le délai de franchise peut varier en fonction du contrat d'assurance que vous avez souscrit. Nous vous invitons à vous référer à la notice d'information de votre contrat d'assurance de prêt.

VOS DOCUMENTS A FOURNIR EN CAS D'INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE OU TOTALE

Vous avez fait l'objet d'une reconnaissance en état d'Invalidité Permanente.

Si les garanties de votre contrat le prévoient, et en fonction de votre taux d'invalidité déterminé par un médecin expert, votre Assurance de prêt peut prendre en charge (partiellement ou totalement) le remboursement de vos échéances de prêt.

Les documents à transmettre en cas d'Invalidité

- **A COMPLETER PAR VOS SOINS** : la « DÉCLARATION D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, D'INVALIDITÉ » que vous trouverez à la suite de ce guide
- **A DEMANDER A LA SECURITE SOCIALE (ou organisme assimilé)** : la copie de la notification de mise en invalidité délivrée par la Sécurité sociale
- Eventuellement, tout autre document que vous jugeriez utile à la constitution de votre dossier (comptes rendus d'hospitalisation, etc.)

OU ADRESSER VOS DOCUMENTS :

SOGECAP - SERVICE MEDICAL – A l'attention du Médecin Conseil
42 boulevard Alexandre Martin – 45057 ORLEANS CEDEX 1
Centre Relation Client : 0 969 362 362 (*numéro non surtaxé*)

VOS DOCUMENTS A FOURNIR EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

Vous avez fait l'objet d'une reconnaissance en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA).

Votre Assurance de prêt prendra en charge le remboursement du capital restant dû à votre banque en fonction de la quotité.

Les documents à transmettre en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

- **A DEMANDER A VOTRE MEDECIN** : le « Certificat Médical de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie » que vous trouverez à la suite de ce guide
- **A DEMANDER A LA SECURITE SOCIALE** : la notification d'attribution de votre pension d'invalidité de 3ème catégorie
- Eventuellement, tout autre document que vous jugeriez utile à la constitution du dossier (comptes rendus d'hospitalisation, etc.).

OU ADRESSER VOS DOCUMENTS :

SOGECAP - SERVICE MEDICAL – A l'attention du Médecin Conseil
42 boulevard Alexandre Martin – 45057 ORLEANS CEDEX 1
Centre Relation Client : 0 969 362 362 (*numéro non surtaxé*)

Numéro d'adhésion :/.....

DÉCLARATION D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, D'INVALIDITÉ

À COMPLÉTER PAR VOS SOINS

Vous avez la possibilité si vous le souhaitez de vous faire assister par votre médecin traitant

Pour garantir la confidentialité des informations communiquées, ce document pourra être remis sous pli cacheté à l'attention du Médecin Conseil.

Identification de l'assuré :

Madame Monsieur

Nom : Prénom :

Nom de naissance : Date de naissance :/...../.....

Profession :

Adresse actuelle :

Code Postal : Ville :

Téléphone :

Statut professionnel :

Vous êtes salarié(e) : Vous êtes indépendant Vous êtes fonctionnaire ou assimilé

Vous êtes sans activité : Vous êtes retraité(e)

Concernant le sinistre actuel :

1. **Vous êtes en :** arrêt de travail ? invalidité ?

2. **Date de début du sinistre :**/...../.....

3. **Le sinistre résulte-t-il d'une maladie ?** oui non

Date de 1^{ère} constatation médicale de l'affection :/...../.....

Pathologie(s) à l'origine du sinistre actuel :

4. **Le sinistre résulte-t-il d'un accident ?** oui non

Circonstances détaillées de l'accident :

Un procès-verbal de gendarmerie ou rapport de police a-t-il été rédigé ? oui non

5. **Prenez-vous un traitement médical ?** oui non

6. **Avez-vous été hospitalisé(e) ou une hospitalisation est-elle à prévoir ?** oui non

7. **Avez-vous subi une intervention chirurgicale ou est-elle à prévoir ?** oui non

8. **Avez-vous des examens médicaux en cours ?** oui non

Avant le sinistre actuel :

9. **Avez-vous eu des arrêts de travail de plus de 30 jours consécutifs pour raison de santé ?** oui non

Si oui motif et date.....

10. **Avez-vous été hospitalisé(e) ?** oui non

Si oui motif

11. **Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?** oui non

Si oui motif

12. **Bénéficiez-vous d'une prise en charge à 100 % au titre de l'Affection de Longue durée par votre organisme social ?**

oui non

13. **Bénéficiez-vous d'une pension d'invalidité, rente d'accident de travail ou de maladie professionnelle délivrée par votre organisme social ?**

oui non

Numéro d'adhésion :/.....

DÉCLARATION D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, D'INVALIDITÉ

Actuellement :

14. Avez-vous repris une activité professionnelle ?

- Oui, à temps partiel oui, à temps complet non, pas de reprise
- Si oui, depuis quelle date ?/...../.....

Fait à : le :/...../.....

Signature de l'assuré(e)

Liste des justificatifs à joindre à votre déclaration d'arrêt de travail ou d'invalidité, en plus de ceux figurant sur la lettre d'accompagnement :



Pour un traitement de votre dossier dans les meilleurs délais, il est impératif que le formulaire soit entièrement rempli, daté et signé, accompagné de l'intégralité des justificatifs sous-mentionnés :

- La copie des ordonnances prescrites pour le sinistre actuel
- La copie des comptes rendus des examens médicaux et des consultations spécialisées pratiqués depuis votre sinistre actuel
- Si hospitalisation et/ou intervention chirurgicale, la copie des comptes rendus d'hospitalisation et/ou opératoires
- S'il y a lieu, la notification d'une prise en charge au titre de l'Affection de Longue Durée par le régime obligatoire
- S'il y a lieu, la notification d'une prise en charge au titre de l'Invalidité /Rente Accident par le régime obligatoire

Les documents sont à envoyer sous pli confidentiel à :

SERVICE MEDICAL

A l'attention du Médecin Conseil de l'Assureur

42 Boulevard Alexandre Martin – 45057 ORLEANS CEDEX 1

Article R4127-28 du Code de la santé publique : « La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite ».

Les honoraires liés à l'établissement des différents certificats médicaux (volets) ne font l'objet d'aucune prise en charge par l'Assureur.

CERTIFICAT MEDICAL DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

A COMPLETER PAR LE MEDECIN TRAITANT DE L'ASSURE(E)

*Afin de ne pas retarder l'étude du dossier, notre Médecin Conseil attire votre attention sur le fait que
seul un certificat dûment complété, daté, signé et revêtu de votre cachet sera étudié.*

*Le certificat ne devra comporter aucune rature, ni surcharge.
A défaut le document sera considéré non recevable.*

**Pour garantir la confidentialité des informations communiquées,
ce document pourra être remis sous pli cacheté à l'attention du Médecin Conseil.**

Identification de l'assuré(e) : Madame

Monsieur

Nom de l'assuré(e) : Prénom :

Nom de naissance : Date de naissance :/...../.....

Profession :

Adresse actuelle :

Code Postal : Ville :

Etes-vous le médecin traitant de l'assuré(e) ?

oui

non

Si oui, depuis quand ?

Motif de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

1. **Nature de l'affection à l'origine de l'invalidité :**

Date de 1^{ère} constatation médicale :/...../.....

2. **Date de consolidation de l'état de santé :**/...../.....

Éléments attestant de cette consolidation :

3. **Nature et dates du traitement médical et/ou des soins en cours :**

4. **Nature et dates exactes des hospitalisations effectuées** (joindre la copie des comptes-rendus) :

5. **Nature, dates exactes et résultats des examens pratiqués au cours des 6 derniers mois** (joindre les copies) :

6. **Description de l'état de santé actuel :**

7. L'assuré(e) est-il(elle) obligé(e) d'avoir recours à l'aide constante d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie ?

- **Pour se laver** : la capacité de se laver dans la baignoire ou de prendre une douche (y compris entrer et sortir de la baignoire ou de la douche) ou de se laver de manière satisfaisante par un autre moyen oui non
- **Pour s'habiller** : la capacité de mettre, d'enlever, d'attacher et de défaire tous les vêtements et, selon le cas, tout appareil ou matériel orthopédique ou prothétique ou tout autre appareil chirurgical oui non
- **Pour se nourrir** : la capacité de se nourrir soi-même une fois la nourriture préparée et mise à disposition oui non
- **Pour aller aux toilettes** : la capacité d'utiliser les toilettes ou de contrôler par un autre moyen les fonctions intestinales et vésicales afin de maintenir une hygiène personnelle satisfaisante oui non
- **Pour se déplacer** : la capacité de se déplacer d'une pièce à une autre sur des surfaces planes oui non
- **Pour se mouvoir/se transférer** : la capacité d'aller du lit à un fauteuil à dossier droit ou à un fauteuil roulant, et vice versa oui non

Si la réponse à l'une des questions ci-dessus est oui, préciser la nature de cette aide :

.....

.....

8. L'assuré(e) est-il(elle) assujetti(e) au régime de la Sécurité sociale ou d'un autre organisme assimilé ?
 oui non

- Si oui, a-t-il(elle) été reconnu(e) en invalidité par cet organisme ? oui non
 Si oui, catégorie ou taux : date de notification (joindre la copie) :/...../.....
- Si non, bénéficie-t-il(elle) d'une majoration de rente pour l'assistance d'une tierce personne par un autre organisme ? (joindre les justificatifs le cas échéant) oui non

9. L'assuré(e) est-il(elle) assujetti(e) au régime de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (ex : MDPH) ? oui non

10. L'assuré(e) est-il(elle) suivi(e) pour d'autres affections ? oui non

Si oui, lesquelles :

Date de 1^{ère} constatation médicale :/...../.....

Traitements, avec dates exactes:

.....

Observations :

.....

.....

Certificat médical établi à la demande de l'assuré(e) et remis en mains propres à ce(tte) dernier(ère) ou à son représentant légal pour faire valoir ce que de droit.

Fait à : le :/...../.....

Cachet et signature du médecin

Les documents sont à envoyer sous pli confidentiel à :
SERVICE MEDICAL
A l'attention du Médecin Conseil de l'Assureur
42 Boulevard Alexandre Martin
45057 ORLEANS CEDEX 1

Art décrets n°79-506 du 28 Juin 1979 portant sur le code de déontologie médicale : « La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite ».

Les honoraires liés à l'établissement des différents certificats médicaux (volets) ne font l'objet d'aucune prise en charge par l'Assureur.