

DEMANDE D'INDEMNISATION

CONTRAT AVOCOTES HOSPITALISATION n° ADPM2201

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ (ou son représentant légal)

N° d'adhésion :

Nom de l'Adhérent : Prénom :

Personne hospitalisée : L'Adhérent Un enfant de l'Adhérent (fiscalement à charge)

Si formule Couple : Le Conjoint de l'Adhérent (marié, Pacsé, concubin) Enfant du conjoint (fiscalement à charge)

Nom : Prénom :

Adresse :

Né(e) le :

Profession :

Dates d'hospitalisation : Entrée :/...../..... Sortie (si connue) :/...../.....

Nombre de jours d'hospitalisation (si connu) : **Le contrat garantit les hospitalisations de plus de 5 jours.**

S'agit-il d'une hospitalisation suite à : une **maladie** un **accident**

• En cas d'accident

Ne sont notamment pas considérés comme des Accidents, les maladies chroniques ou aiguës ainsi que les dommages résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou de conséquences d'examens médicaux.

Date de l'accident :/...../..... Lieu de l'Accident :

Nature et circonstances :

Y a-t-il eu un procès-verbal ? Non Oui Si Oui, N° du procès-verbal :

Adresse du commissariat ou de la gendarmerie :

☞ Joindre les preuves de l'Accident : rapport de Police, procès-verbal de Gendarmerie, coupures de journaux...

• En cas de maladie

Date des premiers symptômes : Date du diagnostic :

• Etes-vous hospitalisé :

A domicile

Hospitalisation à domicile proposée par un établissement hospitalier en remplacement d'une hospitalisation ? Non Oui

Dans un établissement, un service, ou un centre de moyen ou long séjour ou dans une maison médicale

Objet du séjour :

Convalescence, soins de suite, réadaptation ou rééducation

Réinsertion sociale ou professionnelle

Cure

Autre (préciser) :

Dans un établissement, service, maison ou centre de repos, d'hébergement, de plein air, de retraite, en hospice, institut médico-pédagogique, établissement et service de gériatrie ou de gérontologie et pour personnes âgées dépendantes

- Dans un établissement, service ou centre thermal, climatique, diététique, de thermalisme diététique, de lutte contre la tuberculose, héliomarin, en sanatorium ou préventorium, aérium
- En service, centre ou établissement hospitalier psychiatrique
- Dans un établissement hospitalier public ou privé (hors services, centres ou établissements ci-dessus)

• **Votre hospitalisation est-elle consécutive à :**

- Un état de grossesse Non Oui
- Une affection psychiatrique : troubles mentaux, état dépressif quelle qu'en soit l'origine Non Oui
- Un bilan de santé (check-up) ou un traitement à but de rajeunissement Non Oui
- Une opération de chirurgie esthétique, de chirurgie plastique Non Oui
- Si oui, est-elle consécutive à un Accident ayant causé une hospitalisation indemnisée par le présent Contrat ? Non Oui
- Une tentative de suicide (ou tout accident, maladie ou blessure que vous avez provoquée intentionnellement) ? Non Oui
- Une guerre étrangère, une guerre civile, une émeute, un mouvement populaire, une rixe, la participation à une grève ou à un lock-out ? Non Oui
- En cas de rixe : était-ce de la légitime défense ? Non Oui
- Votre manipulation d'un engin de guerre ou d'une arme à feu Non Oui
- La désintégration du noyau atomique, des effets de l'énergie nucléaire Non Oui
- Votre usage de stupéfiants ou tranquillisants à des fins autres que médicales Non Oui
- Votre état d'ivresse, d'éthylisme ou d'alcoolémie (taux constaté égal ou excédant le taux prévu par la réglementation en vigueur lors du sinistre) Non Oui
- Votre pratique d'un sport à titre professionnel ou d'amateur rémunéré Non Oui
- Votre participation à des compétitions comportant l'utilisation d'un véhicule quelconque ou à leurs essais Non Oui
- Votre participation à des compétitions comportant l'utilisation d'une embarcation à moteur ou à leurs essais Non Oui
- L'utilisation d'un véhicule terrestre à moteur à deux ou trois roues (en tant que conducteur ou passager) Non Oui
- Votre pratique de la plongée sous-marine avec scaphandre autonome, du parachutisme Non Oui
- L'utilisation d'un aéronef sous toutes ses formes Non Oui

Je soussigné(e)

demeurant

atteste sur l'honneur l'exactitude des informations renseignées .

Date :

Signature de l'assuré :
 (ou du représentant légal s'il s'agit d'un enfant)

Impossibilité de signer :

Les informations collectées sont toutes nécessaires à ADLP Assurances et VIASANTE Mutuelle, responsables conjoints du traitement, pour la mise en œuvre des garanties de votre contrat d'assurance. Tous les champs sont obligatoires. A défaut, votre demande de ne pourra être prise en compte.

En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit de demander l'accès, la rectification ou l'effacement de vos données, et de décider du sort de celles-ci, post-mortem. Vous disposez également d'un droit de vous opposer au traitement pour des raisons tenant à votre situation particulière, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi.

Ces droits peuvent être exercés sur le site www.avocotes.fr, par email à dpo@adlp-assurances.fr ou par courrier à ADLP Assurances – DPO – 3 rue Henri Rol Tanguy 93100 Montreuil. Pour plus d'informations, consultez nos politiques de protection des données à caractère personnel accessibles sur nos sites internet respectifs via le lien suivant : <https://www.malakoffhumanis.com/politique-protection-des-donnees/exercer-ses-droits/> ou <https://www.avocotes.com/donnee-perso.html>.

Vous disposez également du droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique Bloctel gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

COMMENT RENVOYER CE DOCUMENT

1. Remplissez la Demande d'Indemnisation
2. Rassemblez les pièces justificatives listées ci-dessous.
3. Envoyez le tout dans une enveloppe marquée « **Confidentiel – A l'attention du médecin conseil** » adressée à :

ADLP Assurances – Service Sinistres AvoCotés Hospitalisation
3 avenue de Chartres 60 507 Chantilly Cedex.

IMPORTANT : la déclaration de sinistre doit intervenir dans un délai de 15 jours suivant le début de l'hospitalisation, sauf cas de force majeure. Veillez à respecter ce délai pour envoyer la Demande d'Indemnisation, si vous n'avez pas préalablement déclaré le sinistre à ADLP Assurances.

Il est rappelé que l'assuré est tenu d'exécuter le contrat de bonne foi. Aussi, toute déclaration mensongère relative au sinistre sera sanctionnée par la déchéance du droit à garantie.

Dès acceptation du sinistre, si l'hospitalisation dure moins de quinze (15) jours, les indemnités correspondant au nombre de jours d'hospitalisation seront versées en une seule fois.

Si l'hospitalisation dure plus de quinze (15) jours, les indemnités seront réglées tous les quatorze (14) jours sur présentation d'un bulletin de situation.

PIECES A JOINDRE

Vous devez nous communiquer les pièces suivantes (à renvoyer avec les autres pièces, **dans une enveloppe cachetée et marquée « Confidentiel – A destination du Médecin Conseil »**) :

- Le bulletin d'hospitalisation émis par l'établissement hospitalier dans lequel vous avez été hospitalisé(e) ou la copie de la facture d'hospitalisation (mentionnant les dates d'entrée et de sortie).
- Le certificat Médical ci-joint dûment complété
- Tout autre document demandé par le contrôle médical de VIASANTE Mutuelle lui permettant d'apprécier si la demande de prestation s'inscrit ou non dans le cadre de la garantie. De plus, L'assuré pourra être sollicité par le médecin conseil de VIASANTE Mutuelle pour fournir des informations médicales complémentaires si les éléments fournis paraissent insuffisants

Si l'hospitalisation fait suite à un accident

- Toute preuve de l'Accident : rapport de Police, procès-verbal de Gendarmerie, coupures de journaux...

Pièces administratives

- L'IBAN du compte bancaire sur lequel vous souhaitez que soit versée l'indemnité (si différent du compte sur lequel est prélevée la cotisation, sous réserve d'acceptation de votre sinistre).
- Si la personne hospitalisée est :
 - Le Conjoint de l'Adhérent : la copie du Livret de famille l'Adhérent ou celle du PACS ou du Certificat de Concubinage liant le Conjoint et l'Adhérent
 - Un enfant de l'Adhérent : la copie du Livret de famille et de l'avis d'imposition de l'Adhérent
 - Un enfant du Conjoint de l'Adhérent :
 - la copie du Livret de famille l'Adhérent ou celle du PACS ou du Certificat de Concubinage liant le Conjoint et l'Adhérent
 - la copie du Livret de famille et de l'avis d'imposition du Conjoint de l'adhérent

CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL

A RETOURNER PAR L'ASSURE(E), SOUS PLI CONFIDENTIEL,
AU MEDECIN CONSEIL DE VIASANTE Mutuelle
 A FAIRE REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT OU HOSPITALIER :

Remplir ce certificat de manière aussi précise et complète que possible, il permettra d'apprécier les droits de votre patient aux prestations garanties.

Je soussigné(e) (nom, prénom,) Docteur en médecine

Certifie avoir examiné M/Mme (nom, prénom)

Né(e) le et certifie ce qui suit :

S'il s'agit d'une Maladie :

Diagnostic :

Date(s) d'hospitalisation du : au

Date de début de l'affection en cause :

Date de début du suivi médical de l'affection en cause :

Traitement(s) :

S'il s'agit d'un Accident :

Date et circonstance(s) de l'Accident :

Date(s) d'hospitalisation du au

Nature et siège des lésions :

Traitement(s) :

Les informations recueillies par ADLP Assurances et VIASANTE Mutuelle font l'objet d'un traitement informatique ou manuel aux fins de la gestion et de l'exécution du contrat de prévoyance dans le cadre de l'attribution de prestations d'assurance complémentaire. En particulier, les données de santé sont collectées aux fins de la mise en œuvre des garanties prévues au contrat. Toutes ces informations sont nécessaires au traitement du dossier de l'assuré(e). Le défaut de fourniture de ces informations peut avoir pour conséquence le rejet de la demande d'attribution de prestations d'assurance complémentaire.

Les destinataires des données sont : le service médical et les médecins-conseils d'ADLP Assurances et de VIASANTE Mutuelle et, le cas échéant, les réassureurs, sous la responsabilité de leurs médecins-conseils respectifs.

La base légale du traitement des données personnelles recueillies est l'exécution du Contrat d'assurance. ADLP Assurances et VIASANTE Mutuelle prennent toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles collectées.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, l'assuré(e) dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données le concernant ainsi que du droit de demander la limitation du traitement dans les conditions visées par le Règlement précité. Il peut également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données le concernant.

Ces droits peuvent être exercés sur le site www.avocotes.fr, par email à dpo@adlp-assurances.fr ou par courrier à ADLP Assurances – DPO – 3 rue Henri Rol Tanguy 93100 Montreuil et à VIASANTE Mutuelle, Délégué à la Protection des Données -14 rue René Cassin – CS 70528 – 77014 MELUN Cedex ou par courriel à dpo@viasante.fr.

En outre, l'assuré(e) a la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données personnelles applicables après son décès.

Les données à caractère personnel ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la finalité de leur traitement, sous réserve du respect des délais de conservation rendus nécessaires par la loi (notamment par l'effet des prescriptions légales).

En cas de désaccord, l'assuré(e) peut introduire une réclamation auprès de la CNIL concernant la protection de ses données personnelles, à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) – 3 place de Fontenoy, 75007 Paris.

ADLP Assurances - SAS au capital de 2 153 170 € - RCS Bobigny 799 342 118 Immatriculée à l'ORIAS sous le n° 14001699 (www.orias.fr)

Tél. : 0974 750 175 – Fax : 01 41 58 70 57 Siège social : 3 rue Henri Rol Tanguy 93100 Montreuil

VIASANTE Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 775 671 993. Siège social : 25 place de la Madeleine 75008 PARIS. Siège administratif : 14 rue René Cassin – CS 70528 - 77014 Melun Cedex.

Cachet obligatoire

Fait à : Le

Signature manuscrite :

*Fait à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre
à l'intéressé(e), pour faire valoir ce que de droit.*