

DEMANDE D'INDEMNISATION AU TITRE DU CONTRAT AVOCOTES PERTE AUTONOMIE

n° ADPM2001

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

N° d'adhésion :
Nom de l'Assuré(e) : Prénom :
Adresse :
Né(e) le :
Profession :

Pour la Garantie Soins Immédiats (hospitalisation de plus de 7 jours consécutifs)

S'agit-il d'une hospitalisation suite à une **maladie** suite à un **accident** Date de l'accident :
Date d'entrée à l'hôpital (JJ/MM/AAAA) :
Date de sortie de l'hôpital (JJ/MM/AAAA) :

Pour les Garanties Handicap Invalidant et Dépendance Totale

S'agit-il d'une **maladie** ou d'un **accident**

➔ Merci de faire remplir le Certificat médical joint par votre médecin traitant ou hospitalier

En cas d'accident

Date de l'accident :

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

(Si oui joindre une copie, demande à faire auprès du Tribunal de Grande Instance concerné)

Adresse du commissariat ou de la gendarmerie :

Si vous souhaitez bénéficier de nos services d'assistance, contactez le 09 77 40 85 46 et précisez le numéro de contrat FIC20DEP0082.

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. Pour les Garanties Handicap Invalidant et Dépendance Totale : faite remplir le certificat médical joint par le médecin traitant ou hospitalier
3. Rassemblez les pièces justificatives listées ci-dessous.
4. Envoyez le tout dans une enveloppe marquée « **Confidentiel – A l'attention du médecin conseil** » adressée à :

ADLP Assurances – Service Médical AvoCotés Perte Autonomie
3 avenue de Chartres 60 507 Chantilly Cedex.

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.

PIECES A JOINDRE

En cas d'hospitalisation de plus de 7 jours (Garantie Soins Immédiats)

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 certificat d'hospitalisation mentionnant votre hospitalisation pendant plus de sept (7) jours consécutifs, émis par l'établissement hospitalier dans lequel vous avez été hospitalisé(e).
- 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).

En cas d'une Dépendance Totale

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 certificat médical ci-joint dûment rempli.
- 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.
- Le cas échéant : Le procès-verbal de police ou de gendarmerie constatant l'Accident devra également être joint au dossier.
- 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).

En cas de Handicap Invalidant

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 certificat médical ci-joint dûment rempli
- Le cas échéant : la notification d'attribution d'une pension d'invalidité de 3^{ème} catégorie avec majoration pour Tierce personne au titre de son régime propre d'assurance maladie, ou tout autre justificatif attestant d'un taux d'incapacité d'au moins quatre-vingts (80) % définitif
- 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.
- Le cas échéant : Le procès-verbal de police ou de gendarmerie constatant l'Accident devra également être joint au dossier.
- 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).

Certificat médical
(à compléter par le médecin traitant ou hospitalier)

Je soussigné Dr , Docteur en Médecine

Certifie que M / Mme

Né(e) le :

Est en état de

- Dépendance Totale
- Handicap classé en 3eme catégorie d'invalidité par la Sécurité sociale
- Handicap entraînant une entrave majeure dans sa vie quotidienne, avec atteinte de son autonomie individuelle

Depuis le :

Et qu'elle a besoin de l'assistance d'une tierce personne pour :

- se laver
- s'habiller
- se déplacer
- s'alimenter
- réaliser un transfert Lit/Fauteuil

Origine de cet état : Accidentelle Pathologique

Nature de la ou des affections :

.....

.....

Date de début :

Etat clinique actuel :

.....

.....

.....

.....

.....

Cet état est définitif non définitif

Fait à

Le

Signature et cachet du médecin

