



## DEMANDE D'INDEMNISATION

Bonjour,

Vous faites face à un sinistre ?

Rassurez-vous, nous sommes là pour vous accompagner.

Afin d'être indemnisé au plus vite, merci de nous retourner ce document complété ainsi que les pièces justificatives qui vous concernent.

Vous pouvez nous les transmettre par voie postale, mail ou depuis votre espace client DA.

Votre Team DA

### DOCUMENTS À NOUS ADRESSER SELON LA NATURE DE VOTRE SINISTRE



#### EN CAS D'HOSPITALISATION, DE FRACTURE, DE BLESSURE OU DE BRÛLURE

- ✓ Cette demande d'indemnisation dûment complétée
- ✓ Le certificat médical à remplir au verso par un médecin traitant
- ✓ Un bulletin d'hospitalisation indiquant vos dates d'entrée et de sortie de l'établissement
- ✓ Le compte rendu d'hospitalisation\*



#### EN CAS DE DIAGNOSTIC CANCER FÉMININ

- ✓ Cette demande d'indemnisation dûment complétée
- ✓ Les comptes rendus histologiques de la tumeur, ainsi que les conclusions de tous les examens de cette dernière, rédigés obligatoirement par l'anatomopathologiste\*\*



#### EN CAS DE DÉPENSES DE SANTÉ

- ✓ Cette demande d'indemnisation dûment complétée
- ✓ Les décomptes de la Sécurité Sociale ou du régime obligatoire dont vous dépendez
- ✓ Les décomptes de l'entreprise d'assurance complémentaire santé (mutuelle, institution de prévoyance, assurance complémentaire...)
- ✓ La (ou les) facture(s) détaillée(s) et acquittée(s) que vous avez réglées de l'acte médical concerné



#### EN CAS D'INVALIDITÉ ACCIDENTELLE (PTIA) OU DE DÉCÈS OU DE MORT SUBITE

- ✓ Cette demande d'indemnisation dûment complétée
- ✓ Le certificat médical à remplir au verso par un médecin traitant
- ✓ Le compte rendu d'hospitalisation si l'assuré est décédé en milieu hospitalier
- ✓ Le rapport d'expertise médicale ou judiciaire, rapport de police ou procès verbal de la gendarmerie (pour PTIA)
- ✓ Un acte de décès (uniquement en cas de décès)

### MERCI DE COMPLÉTER LES INFORMATIONS CI-DESSOUS

#### VOUS, ADHÉRENT

- NUMÉRO DE VOTRE CERTIFICAT D'ADHÉSION : \_\_\_\_\_
- NOM : \_\_\_\_\_ ■ PRÉNOM : \_\_\_\_\_
- ADRESSE : \_\_\_\_\_
- CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ ■ VILLE : \_\_\_\_\_
- N° DE TÉLÉPHONE FIXE : \_\_\_\_\_ ■ N° DE TÉLÉPHONE MOBILE : \_\_\_\_\_
- MAIL : \_\_\_\_\_

#### LA PERSONNE CONCERNÉE, SI DIFFÉRENTE DE L'ADHÉRENT PRINCIPAL

- NOM : \_\_\_\_\_ ■ PRÉNOM : \_\_\_\_\_
- DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

\* Ce document ne peut vous être refusé comme le prévoit la Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 - Art. L. 1111-7. "Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé (...) notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation (...)."

\*\* Ces éléments seront exigés systématiquement pour toute demande de prise en charge. En cas de diagnostic histologique imprécis, la décision quant à l'indemnisation sera prise par le médecin mandaté par l'assureur ou le médecin conseil du gestionnaire.



## CERTIFICAT MÉDICAL : merci de le faire compléter par un médecin traitant - SAUF POUR LES DÉPENSES DE SANTÉ

Cher Confrère,

- Nature du sinistre :  Hospitalisation  Fracture, Blessure, Brûlure Amputation  Perte Totale et Irreversible d'Autonomie  Décès  MORT SUBITE  ACCIDENTEL  Cancer Féminin

- Etes-vous le médecin traitant de la personne examinée :  OUI  NON



### EN CAS D'HOSPITALISATION

- Nom de l'établissement hospitalier ou de la clinique : \_\_\_\_\_

- Date d'entrée : \_\_\_\_\_

- Date de sortie : \_\_\_\_\_

- En cas d'accident, de fracture, de blessure ou de brûlure :

- Date de l'accident : \_\_\_\_\_

- Circonstances précises : \_\_\_\_\_

- Y a-t-il eu procès verbal de gendarmerie ou de police ?

- OUI  NON

- En cas de maladie :

- Date de la toute première constatation médicale : \_\_\_\_\_

- Nature détaillée de la maladie ou de la blessure : \_\_\_\_\_



### EN CAS DE CANCER FÉMININ

- Date du diagnostic : \_\_\_\_\_



### EN CAS D'INVALIDITÉ (PTIA)

- Date du sinistre : \_\_\_\_\_

- Nature et cause de l'invalidité : \_\_\_\_\_



### EN CAS DE DÉCÈS OU MORT SUBITE

- Cause du décès : \_\_\_\_\_

- Antécédants médicaux de l'Assuré : \_\_\_\_\_

### ■ SIGNATURE ET CACHET DU MÉDECIN

Fait à :

le :

Signature :

## COMMENT NOUS ADRESSER VOTRE DOSSIER

L'ensemble de votre dossier doit nous être adressé **dans un délai de 30 jours** à compter de votre 1<sup>er</sup> jour d'hospitalisation ou de la date d'établissement du premier compte rendu histologique établi par votre médecin anatomopathologiste.

**Une fois cette demande complétée, adressez-nous votre dossier complet en respectant la procédure suivante :**

### PAR VOIE POSTALE

1. Glissez votre demande d'indemnisation ainsi que les différents documents demandés dans l'enveloppe jointe à votre dossier qui porte la mention suivante :  
M. LE MÉDECIN CONSEIL DA
2. Glissez le tout dans une enveloppe affranchie adressée à : DA - 11, rue Marsollier - 75002 Paris

### PAR INTERNET

1. Rendez-vous sur votre espace client à la rubrique "sinistre" :  
DA.FR/ESPACE-CLIENT  
onglet "sinistre"
2. Retournez votre demande d'indemnisation ainsi que les différents documents demandés, scannés.

**Vos indemnités vous seront créditées dans les 15 jours à compter de la date de réception de votre dossier complet.**

• **Le souscripteur** : A.D.A.M., Association pour le Développement des Assurances pour Mieux Vivre, régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 et le décret du 16 août 1901, enregistrée à la préfecture de police de Paris sous le n° W751212956 - Siège social : 19, Bld Morland - 75004 Paris • **Le courtier** : DA, nom de marque d'AZIMUT SAS - Société de courtage d'Assurances au capital de 300 000 € RCS Paris 528 925 589 - Orias : 11 059 712 - Siège social : 11, rue Marsollier - 75002 Paris.

Une question, contactez-nous !



01 77 75 04 49



svp@da.fr



da.fr/espace-client