

# DEMANDE D'INDEMNISATION DU CONTRAT AVOCOTES INDEMNITES BLESSURES n° 20150506 C 03

### Comment remplir ce document ?

Pour les formules Couple/Famille, si plusieurs Assurés sont blessés : remplir une Demande d'Indemnisation par Assuré

1. Complétez, datez et signez le **volet 1** de votre Demande d'Indemnisation.
2. Faites remplir le **volet 2** par votre médecin traitant, ou par le médecin qui vous a soigné après l'accident.

### VOLET À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ (ou son représentant légal s'il s'agit d'un enfant)

N° d'adhésion : .....

Nom de l'Adhérent(e) : ..... Prénom : .....

Nom de l'Assuré(e) blessé(e) (si différent) : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Né(e) le : ..... Lien avec l'Adhérent : .....

**Date de l'accident** : .....

Lieu de l'accident (nom du lieu, ville, code postal...) : .....

Profession : .....

S'agit-il d'un accident :

- du travail ?  Oui  Non

- de la circulation ?  Oui  Non Etiez-vous conducteur ?  Oui  Non

- de transport en commun ?  Oui  Non

- consécutif à la pratique d'un sport en amateur, encadré par un professionnel ?  Oui  Non

- lors de l'activité ou de l'entraînement de sapeur-pompier volontaire ?  Oui  Non

- consécutif au pilotage d'appareils de navigation aérienne, d'engins de course terrestres ou nautiques ?  Oui  Non

- consécutif à l'utilisation d'engins terrestres ou maritimes à moteur ou non, en tant que pilote ou passager ?  Oui  Non

- consécutif à la pratique de tout sport à titre professionnel ?  Oui  Non

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

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

Adresse du commissariat ou de la gendarmerie : .....

S'il s'agit d'une chute, qu'elle en est l'origine ? : .....

A présent, veuillez nous faire le récit détaillé de l'accident : .....

.....

.....

Cochez cette case si vous souhaitez bénéficier de nos services d'assistance et être rappelé par l'un de nos conseillers.

Date :

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

Impossibilité de signer :

*Tous les champs sont obligatoires*

### VOLET À DÉTACHER ET À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN AYANT PRIS EN CHARGE L'ASSURÉ

Nom de l'Assuré : ..... Prénom : .....

L'assuré(e) nous déclare avoir été victime d'un accident.

Afin de permettre le règlement d'une indemnisation forfaitaire au titre de son contrat, pourriez-vous nous donner les renseignements suivants :

Le sinistre est-il la conséquence directe d'une maladie ? :  Oui  Non

Nature des lésions :

**Fractures** : Indiquez l'endroit exact : .....

Type de fracture :  Multi-fragmentaire  Ouverte  Complète  Autre : .....

**Brûlures** : Indiquez l'endroit exact : .....

Degré :  1er degré  2e degré  3e degré

Surface des brûlures : ..... % (par rapport à la surface du corps)

**Luxations** : Indiquez l'endroit exact : .....

S'agit-il d'une luxation congénitale :  Oui  Non

**Commotion cérébrale** :  Oui  Non Perte de connaissance :  Non  Oui Si oui, durée : .....

Intervention chirurgicale :  Oui  Non

Autres lésions : .....

Le/la patient(e) a-t-il/elle été hospitalisé(e) ? :  Oui  Non Si oui, joindre un bulletin de situation

S'il s'agit d'un accident de la circulation, un test d'alcoolémie a-t-il été réalisé ?  Oui  Non Résultats du test : .....

Date :

Signature et cachet du médecin :

*Tous les champs sont obligatoires*

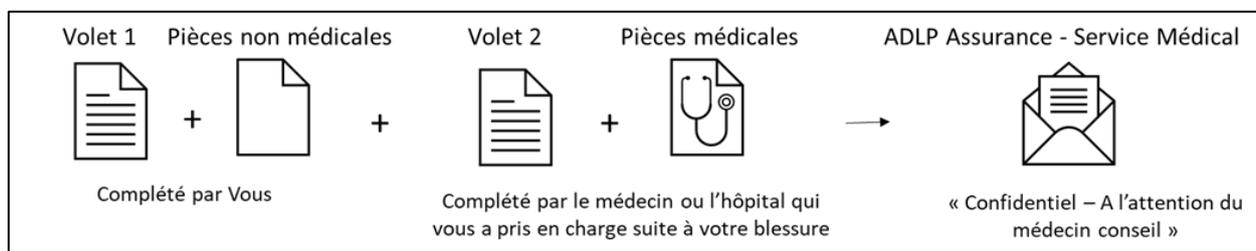
VOLET 1

VOLET 2

## COMMENT RENVOYER CE DOCUMENT

1. Remplissez le Volet 1
2. Faites remplir le Volet 2 par le médecin qui vous a pris en charge à la suite de votre blessure.
3. Rassemblez les pièces justificatives listées ci-dessous.
4. Envoyez les 2 Volets + les pièces justificatives dans une enveloppe marquée « **Confidentiel – A l'attention du médecin conseil** » adressée à :

**ADLP Assurances – Service Médical AvoCotés Indemnités Blessures**  
**3 avenue de Chartres 60 507 Chantilly Cedex.**



A noter : la déclaration de sinistre doit intervenir **dans un délai de 30 jours suivant l'accident**.

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.**

## PIECES A JOINDRE

### Pièces médicales

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

- S'il s'agit d'une fracture : le compte rendu radiologique constatant la ou les fracture(s).
- S'il s'agit d'une brûlure : Le compte rendu médical constatant le degré de gravité de la ou des brûlure(s), le pourcentage de la surface du corps atteinte par la (les) brûlure(s) ainsi que les parties du corps atteintes par ces brûlures.
- S'il s'agit d'une luxation : Le compte rendu radiologique constatant la ou les luxation(s) ainsi que le compte rendu opératoire en cas d'intervention chirurgicale.
- S'il s'agit d'une blessure interne : Le compte rendu opératoire de l'intervention chirurgicale.
- S'il s'agit d'une amputation : Le compte rendu opératoire de l'intervention chirurgicale.
- S'il s'agit d'un accident de la circulation dans lequel vous étiez conducteur : un certificat médical précisant si vous avez subi un test d'alcoolémie et, dans le cas échéant, le résultat de ce test.
- En cas d'hospitalisation : le bulletin de situation de l'établissement hospitalier ou de la clinique où l'Assuré a séjourné, mentionnant les dates d'admission et de sortie

**Ces démarches sont nécessaires pour garantir la protection des informations médicales vous concernant.**

### Autres pièces justificatives

- La copie recto/verso de la carte nationale d'identité en vigueur de l'Assuré ou des 3e et 4e pages de son passeport en cours de validité.
- 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 l'Assuré est le conjoint ou un enfant (dans le cadre d'une formule Couple/Famille) : la copie du livret de famille (ou de tout document attestant du lien de l'Assuré avec l'Adhérent).
- S'il s'agit d'un accident du travail : la déclaration d'accident de travail faite auprès de votre employeur.
- Si un procès-verbal a été établi par la police ou la gendarmerie : fournir le numéro de ce procès-verbal et les coordonnées de l'autorité qui l'a établi.

Les informations collectées sont toutes nécessaires à ADLP Assurances et AUXIA, ci-après désigné Malakoff Humanis, 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 directement sur nos sites respectifs via nos formulaires, par email à [dpo@malakoffhumanis.com](mailto:dpo@malakoffhumanis.com) ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9 et pour ADLP Assurances : sur le site [www.avocotes.fr](http://www.avocotes.fr), par email à [dpo@adlp-assurances.fr](mailto: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](http://www.bloctel.gouv.fr).