

## DECLARATION D'ACCIDENT ET/OU MALADIE INATTENDUE

Merci d'envoyer ce formulaire ainsi que les originaux de vos factures ou reçus à:

IDA Insurance Ltd – DAN Building • Level 1 • Sir Ugo Mifsud Street Ta'Xbiex, XBX 1431, Malta.

Vous pouvez également envoyer le(s) double(s) à l'adresse électronique suivante: [claims@idassure.eu](mailto:claims@idassure.eu).

Merci de remplir l'ensemble des parties concernées. **\*\* champs obligatoires.**

### FAIRE UNE DEMANDE D'INDEMNITE:

Merci de bien suivre les instructions ci-dessous pour vous assurer que votre demande sera traitée rapidement et efficacement.

1. A la suite d'un accident/d'une maladie, tout incident doit être signalé à DAN Europe International Emergencies, National Emergencies ou à IDA Insurance Ltd – Claims Department, @: [claims@idassure.eu](mailto:claims@idassure.eu) dès que possible.
2. Il est de votre responsabilité de prouver que votre demande est légitime. Ainsi, vous êtes prié de fournir, à vos frais, toutes les informations requises par les Assureurs pour traiter votre demande.
3. Nous vous conseillons de garder, dans vos dossiers personnels, une copie de ce Formulaire de Demande d'indemnité, ainsi que de tout autre document que vous envoyez à IDA Insurance Ltd – Claims Department.

#### DAN MEMBER DETAILS:\*\*

Nom \_\_\_\_\_

DAN-ID \_\_\_\_\_

Pays de résidence \_\_\_\_\_

#### EN CAS D'ACCIDENT LIE OU NON A LA PLONGEE / DE MALADIE INATTENDUE:

#### QUI AVEZ-VOUS CONTACTE EN PREMIER?\*\*

**DAN Europe**

INTERNATIONAL EMERGENCIES

NATIONAL HOTLINE

AUTRE: (preciser) \_\_\_\_\_

#### QUI A ETE LE PREMIER MEDECIN

##### A VOUS EXAMINER?

(Adresse, fax, telephone, e-mail) \_\_\_\_\_

##### PREMIER CENTRE DE SOINS?

(Adresse, fax, telephone, e-mail) \_\_\_\_\_

##### AUTRES CENTRES DE SOINS / MEDECINS?

(Adresse, fax, telephone, e-mail) \_\_\_\_\_

##### VOTRE MEDECIN DE FAMILLE?

(Adresse, fax, telephone, e-mail) \_\_\_\_\_

#### DISPOSEZ-VOUS D'UNE AUTRE COUVERTURE D'ASSURANCE?\*\*

NON

OUI

SI OUI, VEUILLEZ DE FOURNIR TOUS LES DETAILS NECESSAIRES

(nom(s) de la/des compagnie(s) d'assurance et coordonnées, numero(s) de police, copie(s) du/des documents relatifs à la police d'assurance etc.):

COMPAGNIE D'ASSURANCE 1

COMPAGNIE D'ASSURANCE 2

NOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE/FAX \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

NUMÉRO DE POLICE \_\_\_\_\_

AVEZ-VOUS DEJA SIGNALE L'ACCIDENT/LA MALADIE INATTENDUE A L'AUTRE/AUX AUTRES ASSUREURS?

NON

OUI



## DECLARATION D'ACCIDENT ET/OU MALADIE INATTENDUE

DESCRIPTION DE L'ACCIDENT OU DE LA MALADIE INATTENDUE POUR LEQUEL/LAQUELLE VOUS FAITES UNE DEMANDE, AINSI QUE DES CIRCONSTANCES OU DE LA SERIE D'EVENEMENTS L'AYANT PROVOQUE(E)- **\*\*champs obligatoires**

### Notice Importante relative à la Protection des Données:

L'Assureur et ses membres affiliés traitent les données personnelles conformément à la loi relative à la Protection des Données en vigueur; et acceptent en conséquence votre autorisation pour traiter ces données à cet usage (cf. ci-dessous), ou à tout autre usage qui ne soit pas contraire à la loi, tel que:

- i. Mettre à jour (manuellement ou électroniquement) les dossiers de l'Assureur et/ou de ses membres affiliés;
- ii. Gérer votre police d'assurance, en rédiger les termes, gérer et traiter les demandes, détecter, prévenir et réprimer les fraudes, archiver les statistiques de manière anonyme;
- iii. Transférer des données entre l'Assureur et ses membres affiliés, y compris VING Insurance Brokers Ltd et Divers Alert Network (DAN) Europe;
- iv. Recueillir des données médicales vous concernant et accepter en conséquence votre autorisation pour que tout médecin, hôpital, laboratoire ou autre compagnie d'assurance communique l'ensemble des informations vous concernant à l'Assureur et/ou à tout membre qui lui est affilié;
- v. Vous informer – sans aucune obligation de le faire – par courrier électronique, par fax, ou par toute autre voie électronique, de toute nouvelle prestation que nous vous offrons ou de tout changement dans la loi, la police d'assurance, ou les procédures, que vous pourriez juger nécessaire d'obtenir.

Ous déclarez également que vous comprenez que vous avez le droit de réclamer l'accès à vos données personnelles.  
Merci de contacter IDA Insurance Ltd – Claims Department par écrit pour plus d'informations.

**Je déclare qu'à ma connaissance, les déclarations faites dans ce formulaire sont exactes et complètes.**

**Signature** .....

**Date**    /    /  
          jj    mm    aaaa

\* Pour les formulaires envoyés directement par e-mail, il suffit de taper votre nom dans le champ de signature.

- Veuillez noter qu'il est nécessaire de signer la copie imprimée de ce formulaire.

(Voir p. 1 – « FAIRE UNE DEMANDE D'INDEMNITE » point 3)