

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.

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 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 a 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

S.V.P. INDIQUER si vous faites une déclaration pour: **INCIDENT DE PLONGÉE** **INCIDENT NON LIÉE À LA PLONGÉE**

DETAILLES SUR L'ACCIDENT DE PLONGEE:

DATE DE L'ACCIDENT / / SHORE DIVE BOAT DIVE LIVEBOARD / SAFARI BOAT
jj mm aaaa

PAYS & LIEU DE L'ACCIDENT

NIVEAU DE BREVET CERTIFIÉ PAR

PARTENAIRE DE PLONGEE OU TEMOIN
(NOM, TELEPHONE/FAX, E-MAIL)

DETAILLES DE PLONGÉE

NOMBRE DE JOURS CONSECUTIFS DE PLONGEE NOMBRE DE PLONGEES EFFECTUEES AU COURS DE CETTE PERIODE

PROFONDEUR MAXIMALE DE LA/DES SERIE(S) DE PLONGEES (EN METRES)

NOMBRE DE PLONGEES LE JOUR DE L'ACCIDENT TEMPS DE SURFACE ENTRE LES PLONGEES (MIN.)

PROFONDEUR MAXIMALE DE LA DERNIERE PLONGEE (EN METRES)

DUREE DE LA DERNIERE PLONGEE (MIN.) SYMPTOMES AVANT LA DERNIERE PLONGEE NON OUI

TEMPS AU FOND DE LA DERNIERE PLONGEE (MIN.)

PALIER OMIS NON OUI REMONTÉE RAPIDE NON OUI

MÉLANGE RESPIRATOIRE AU FOND:	ÉQUIPEMENT:
<input type="checkbox"/> AIR <input type="checkbox"/> NITROX <input type="text"/> % <input type="checkbox"/> TRIMIX <input type="checkbox"/> HELIOX	<input type="checkbox"/> SCUBA, OC (CIRCUIT OUVERT) <input type="checkbox"/> AUTRE: <input type="checkbox"/> SCR (CIRCUIT SEMI-FERME) <input type="checkbox"/> CCR (CIRCUIT FERMÉ) BAILOUT <input type="checkbox"/> COMMANDES MANUELLES <input type="checkbox"/> COMMANDES ÉLECTRONIQUES VOLUME: REBREATHER: (PRÉCISER LE MODÈLE)
BOUTEILLE <input type="checkbox"/> MONO-BLOC <input type="checkbox"/> BI-BLOC VOLUME: <input type="text"/>	

ORDINATEUR DE PLONGÉE UTILISÉ: PROFIL DE PLONGEE ELECTRONIQUE DISPONIBLE? NON OUI

LE CAS ECHEANT, MERCI DE JOINDRE, UNE COPIE DE VOTRE PROFIL DE PLONGEE ELECTRONIQUE AUX DOCUMENTS RELATIFS A VOTRE DEMANDE (SI POSSIBLE)

PROBLEMES DE MATERIEL DE PLONGEE NO OUI

DETAILS DE L'ACCIDENT NON-LIE A LA PLONGEE / MALADIE INATTENDUE

DATE DE L'ACCIDENT OU DE L'APPARITION DES SYMPTOMES / /
jj mm aaaa

PAYS DANS LEQUEL A EU LIEU L'ACCIDENT OU L'APPARITION DES SYMPTOMES?

DATE DE DEBUT DU VOYAGE / / DATE PREVUE DE RETOUR AU PAYS DE RESIDENCE / /
Date de la sortie de votre pays de residence déclaré jj mm aaaa

A L'EXCEPTION DE CE VOYAGE, AVEZ-VOUS VOYAGE HORS DE VOTRE PAYS DE RESIDENCE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS? NON OUI

SI OUI, MERCI DE PRÉCISER LE NOMBRE DE JOURS DE CE(S) VOYAGE(S) JOURS

EN CAS D'ACCIDENT DE MOTO:

AVIEZ-VOUS OU LE CONDUCTEUR (SI VOUS ETIEZ PASSAGER) UN PERMIS MOTO VALIDE? NON OUI

QUELLE ETAIT LA CYLINDREE DE LA MOTO?

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:

- Mettre à jour (manuellement ou électroniquement) les dossiers de l'Assureur et/ou de ses membres affiliés;
- 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;
- Transférer des données entre l'Assureur et ses membres affiliés, y compris VING Insurance Brokers Ltd et Divers Alert Network (DAN) Europe;
- 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;
- 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)