

DÉCLARATION DE SINISTRE

GARANTIE MALADIES REDOUTÉES

Ce document doit être dûment complété et signé par l'assuré(e)

Ce document et les pièces médicales justificatives sont à retourner, sous pli confidentiel fermé, à l'adresse suivante :
KLESIA - Service Médical - TSA 20202 - 69307 LYON CEDEX

INFORMATIONS CONCERNANT L'ASSURÉ(E)

N° de Sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | |

Nom (nom d'épouse et éventuellement nom de jeune fille) : _____

Prénom : _____

Date de naissance : | | | | | | | | | |

Adresse postale : _____

Code postal : | | | | | Ville : _____

Téléphone | | | | | | | | | | Courriel _____
(élément essentiel pour vous contacter)

Nom de votre entreprise _____

Numéro de SIRET (indiqué sur votre fiche de paie) _____

HISTORIQUE DE LA MALADIE

Affection déclarée : _____

Date de diagnostic (voir liste des pièces à fournir) : | | | | | | | | | |

Avez-vous déjà été traité pour cette pathologie ? Si oui, préciser la date et le traitement suivi : | | | | | | | | | |

Avez-vous été hospitalisé : ☐ oui ☐ non

Avez-vous présenté antérieurement une affection apparentée à la maladie actuelle : ☐ oui ☐ non

Si oui, donner toutes les précisions (nature et date la 1^{ère} consultation) (voir liste des pièces à fournir) : | | | | | | | | | |

Êtes-vous en affection longue durée (ALD) (voir liste des pièces à fournir) : ☐ oui ☐ non

« Je déclare avoir répondu à toutes les questions de façon complète et sincère. Je reconnais avoir été informé (e) que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, de nature à changer l'objet du risque ou à en diminuer l'appréciation pour Carcept Prévoyance, entraînera, la nullité des garanties alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque (art.L 932-7 du Code de la Sécurité sociale) ». « Je consens à ce que le personnel habilité du groupe de protection sociale KLESIA traite mes données de santé à des fins d'appréciation et de traitement de mon dossier ». Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, les informations transmises via ce questionnaire médical simplifié sont destinées à Carcept Prévoyance en sa qualité de responsable du traitement. Ces données sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de votre dossier et pourront également être utilisées à des fins de lutte contre la fraude. Les informations que vous nous communiquez sont destinées au Médecin conseil ainsi qu'aux personnels strictement habilités du groupe de protection sociale KLESIA. Les données sont conservées durant la relation contractuelle, puis jusqu'aux termes des délais de prescription. Vous pouvez exercer sur vos données votre droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, de portabilité et d'opposition pour motif légitime aux données personnelles vous concernant. Pour exercer ce droit, merci d'effectuer votre demande auprès de : KLESIA-Service INFO CNIL - 4 rue Georges Picquart - 75017 Paris ou par courrier à l'adresse suivante : info.cnil@klesia.fr. Si après nous avoir contactés, vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

FAIT À _____

LE | | | | | | | | | |

SIGNATURE DE L'ASSURÉ(E)

PIÈCES À FOURNIR (photocopies)

En fonction de la formule souscrite par votre employeur, toutes les maladies listées ci-dessus ne sont pas prises en charge au titre du contrat Maladies Redoutées : se référer à la notice d'information.

Cancer : tumeur maligne, affection du tissu lymphatique ou hématopoïétique

(Formule 1, Formule 2 et Formule 3) :

- » Le protocole de soins établi par votre médecin traitant et validé par l'assurance maladie sur lequel figurent la nature de l'affection longue durée présentée, la date de début et de fin de la prise en charge,
- » Le compte-rendu d'anatomopathologie de diagnostic.

Accident cardio vasculaire invalidant (Formule 1, Formule 2 et Formule 3) :

- » Le protocole de soins établi par votre médecin traitant et validé par l'assurance maladie sur lequel figurent la nature de l'affection longue durée présentée, la date de début et de fin de la prise en charge,
- » Le compte-rendu d'hospitalisation mentionnant le diagnostic,
- » Un certificat médical de consolidation du spécialiste traitant ou tout autre document médical décrivant les séquelles fonctionnelles invalidantes.

Maladie coronaire (Formule 2 et Formule 3) :

- » Le protocole de soins établi par votre médecin traitant et validé par l'assurance maladie sur lequel figurent la nature de l'affection longue durée présentée, la date de début et de fin de la prise en charge,
- » Tout document médical justifiant de la pathologie (comptes-rendus d'hospitalisation, comptes-rendus de consultation de suivi spécialisé ...),
- » Le rapport médical d'attribution d'invalidité délivré par le médecin conseil de l'assurance maladie.

Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif, suites de transplantation d'organe et sclérose en plaques (Formule 3) :

- » Le protocole de soins établi par votre médecin traitant et validé par l'assurance maladie sur lequel figurent la nature de l'affection longue durée présentée, la date de début et de fin de la prise en charge,
- » Tout document médical justifiant de la pathologie (comptes-rendus d'hospitalisation, comptes-rendus de consultation de suivi spécialisé ...),
- » Le rapport médical d'attribution d'invalidité délivré par le médecin conseil de l'assurance maladie.

Cette liste de pièces pour l'ensemble des garanties est non exhaustive et l'Assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce qu'il estimerait nécessaire à l'instruction du dossier. Tout document jugé nécessaire à la constitution du dossier par l'Assureur.