

DECLARATION DE DECES

Afin de déclarer le décès de l'assuré(e), merci de lire et de suivre les instructions détaillées ci-dessous.

ETAPE 1 : VERIFIER LES CONDITIONS GENERALES DU CONTRAT D'ASSURANCE

Avant de faire votre déclaration de sinistre, merci de vous reporter aux conditions générales du contrat d'assurance qui ont été remises à l'assuré(e) lors de l'adhésion. Vous pouvez aussi retrouver ce document dans la rubrique Assurance sur le site www.assurandme.fr. Elles détaillent les garanties, les conditions de prise en charge et les exclusions. Vérifiez en particulier les conditions de la garantie Décès.

Important : Si le Décès de l'assuré(e) fait suite à un événement cité dans les exclusions contractuelles figurant dans les Conditions Générales du contrat d'assurance remis lors de l'adhésion, l'assureur ne pourra pas prendre en charge la demande de prise en charge.

ETAPE 2 : REMPLIR LE FORMULAIRE DE DECLARATION JOINT

Comment faire ?

- Remplir dument toutes les parties du formulaire p.3
- Vérifiez que ce formulaire de déclaration est signé et daté par le déclarant et le médecin traitant

Nous aurons besoin de toutes ces informations pour gérer rapidement votre dossier avec l'ensemble des informations nécessaires.

ETAPE 3 : COLLECTER LES DOCUMENTS

Quels documents dois-je joindre à ma demande de prise en charge ?

Afin que votre demande de prise en charge puisse être étudiée, veuillez réunir dans tous les cas les documents suivants :

- L'acte de décès

En cas de maladie, veuillez joindre les documents suivants :

- Le compte-rendu des consultations spécialisées et des examens réalisés
- L'historique des indemnités journalières (CPAM et Caisse complémentaire) perçues par l'organisme de protection sociale

En cas d'accident, veuillez joindre les documents suivants :

- Le numéro de procès-verbal et l'adresse de transmission au tribunal en charge du dossier

Important : Merci de prendre le temps de réunir tous les documents nécessaires pour la gestion de votre sinistre. En effet, il est nécessaire pour l'assureur d'obtenir un minimum d'informations précises et complètes pour pouvoir statuer sur la demande de prise en charge. Un dossier incomplet ou illisible entraînerait un délai d'étude plus long, voire son classement sans suite.

ETAPE 4 : CONTACTER L'ASSUREUR

Où envoyer les documents ?

Une fois le formulaire et les documents nécessaires réunis, vous pourrez les transmettre par courrier postal, sous pli confidentiel à l'assureur à l'adresse suivante :

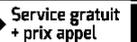
CACI
A l'attention du Médecin Conseil
Service Médical assur&me
40, allée Vauban
59110 LA MADELEINE

Nous vous conseillons de garder une copie de votre formulaire de déclaration et des documents transmis. Cela pourrait être utile le cas échéant.

Nous ferons tout pour rendre le processus de gestion de votre sinistre aussi clair et simple que possible.

Important : Les échéances de prêt doivent être honorées pendant toute la durée de gestion de votre sinistre.

Pour tout complément d'information, n'hésitez pas à contacter les gestionnaires CACI au :

0 974 751 112 

QUE VA-T-IL SE PASSER ENSUITE ?

Lorsque tous les éléments seront reçus par l'assureur, le sinistre sera traité au regard des Conditions Générales du contrat d'assurance de l'Assuré(e). Ce processus prend au minimum 5 jours, à l'issue duquel l'assureur sera en mesure de communiquer la décision au déclarant du décès, par courrier.

Si l'assureur ne dispose pas de l'intégralité des informations et des documents nécessaires afin de statuer sur la demande de prise en charge du dossier, vous serez informé des éléments manquants à fournir. Par conséquent, un délai de traitement supplémentaire sera appliqué pour rendre notre décision.

Si la prise en charge est acceptée, le montant, la date et le destinataire du règlement ainsi que toute autre information nécessaire sera indiquée au déclarant.

Si l'assureur n'est pas en mesure de prendre en charge le sinistre, le motif du refus sera clairement expliqué au déclarant.

RUBRIQUES A REMPLIR PAR LE DECLARANT

Coordonnées du déclarant

Civilité : Mr Mme Mlle

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ___ / ___ / ___

Adresse : _____

Code Postal : _____

Ville : _____

Lien avec l'assuré(e) : _____

Données personnelles de l'assuré(e) :

Civilité : Mr Mme Mlle

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ___ / ___ / ___

Adresse : _____

Code Postal : _____

Ville : _____

Numéro de client **assur&me** : _____

Situation de l'assuré :

Date du décès de l'assuré(e) : ___ / ___ / ___

Profession administrative de l'assuré(e) avant le décès :

Salarié Retraité En invalidité depuis le : ___ / ___ / ___ Autre : _____

Cause du décès : Maladie Accident⁽¹⁾ Autre

(1) De façon générale, toute atteinte corporelle résultant uniquement et directement de l'action soudaine et exclusive d'une cause extérieure fortuite, violente et indépendante de la volonté de l'assuré(e).

RUBRIQUES A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Situation médicale de l'assuré(e) :

Décès de l'assuré(e) consécutif à une maladie :

1/ Date de 1^{ère} constatation médicale de la maladie ayant entraîné le décès : ___/___/___

2/ Date et nature des principaux traitements liés à la maladie ayant entraîné le décès :

Date de début du traitement n°1 : ___/___/___ ; Nature : _____

Date de début du traitement n°2 : ___/___/___ ; Nature : _____

3/ Date et nature des principaux traitements non liés à la maladie ayant entraîné le décès:

Date de début du traitement n°1 : ___/___/___ ; Nature : _____

Date de début du traitement n°2 : ___/___/___ ; Nature : _____

Décès de l'assuré(e) consécutif à un accident :

4/ Nature de l'accident : _____

5/ Date de l'accident : ___/___/___

6/ Lieu de l'accident : _____

7/ Date et nature des principaux traitements non liés à l'accident ayant entraîné le décès :

Date de début du traitement n°1 : ___/___/___ ; Nature : _____

Date de début du traitement n°2 : ___/___/___ ; Nature : _____

8/ Observations éventuelles :

Fait à :

Le : ___/___/___

Nom et qualité du signataire :

Signature :

Cachet et signature du médecin :

Je reconnais être informé(e) que les réponses et informations contenues dans ce questionnaire sont nécessaires au traitement de mon dossier de sinistre dans le cadre de mon adhésion à l'assurance et sont destinées au Médecin Conseil des assureurs. J'autorise la collecte et le traitement des informations relatives à mon état de santé figurant dans ce questionnaire aux seules fins de traitement de mon dossier dans les conditions décrites ci-dessus. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification, en application de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée auprès de CACI VIE & CACI NON VIE - Service Client, 50-56 rue de la Procession, 75015 PARIS.

CACI VIE et CACI NON-VIE, RCS Paris 509 703 468 et 509 690 715, établissement principal 50-56 rue de la Procession 75015 PARIS, succursales françaises d'assurances des compagnies CACI Life Ltd et CACI Non-Life Ltd, sociétés d'assurances de droit irlandais soumises au contrôle de la Central Bank of Ireland, PO Box 11517, Spencer Dock, North Wall Quay, Dublin 1, Irlande, et ayant leur siège Beaux Lane House, Mercer Street Lower, Dublin 2 Irlande, immatriculées auprès de l'Irish Companies Registration Office sous les n° 306030 et 306027.