

DÉCLARATION DE SINISTRE DKV HOME CARE

Ce document est à utiliser en cas de perte d'autonomie grave et durable, nécessitant des soins non médicaux résidentiels ou à domicile.

Données personnelles

Police N°:

Nom et prénom de la personne assurée : _____

Rue : _____ N° : _____ Bte postale : _____

Code postal : Localité : _____ Pays : _____

Téléphone / GSM : _____ E-mail : _____

Compte bancaire du bénéficiaire

Nom et prénom du titulaire : _____

N° IBAN : - - -

N° BIC :

Preuve de dépendance

Veillez trouver ci-joint la preuve de dépendance (plusieurs certificats peuvent être joints).

Soins à domicile

- Certificat de minimum 3 mois, basé sur l'échelle Katz relative aux soins à domicile (score minimum B).
Vous pouvez demander ce certificat auprès de votre mutualité.
- Certificat de minimum 6 mois sur base de l'échelle BEL d'un service d'aide familiale (score minimum 35 points) (pour les enfants entre 5 et 18 ans score minimum 10 points de l'ADL corporel)
Vous pouvez demander ce certificat auprès de votre service d'aide familiale.
- Certificat sur base d'une échelle médico-sociale de l'intervention d'intégration et de l'intervention 'aide aux personnes âgées' (minimum 15 points).
Vous pouvez demander ce certificat auprès du Service Public Fédéral Sécurité sociale.
- Certificat établi sur base de l'échelle d'évaluation d'une intervention dans un établissement de soins (score minimum C).
Vous pouvez demander ce certificat auprès de votre mutualité.
- Certificat d'allocations familiales complémentaires pour les enfants nés avant 1993 et avec une incapacité de minimum 66% et minimum 7 points sur l'échelle de l'autonomie.
Vous pouvez demander ce certificat auprès du Service Public Fédéral Sécurité sociale ou auprès du service qui paie les allocations familiales.
- Certificat d'allocations familiales complémentaires pour les enfants nés après 1993 basé sur l'échelle médico-sociale, composée des piliers P1, P2 et P3 (minimum 18 points).
Vous pouvez demander ce certificat auprès du Service Public Fédéral Sécurité sociale ou auprès du service qui paie les allocations familiales.

Soins résidentiels

- Certificat sur base de l'échelle d'évaluation d'une intervention dans un établissement de soins (score minimum A).
Vous pouvez demander ce certificat auprès de votre mutualité.

Données soins résidentiels (institution)

Nom de l'institution: _____

Rue : _____ N°: ____ Bte postale : ____

Code postal : Localité : _____

Date de l'entrée dans l'institution: ____ / ____ / ____

Demande de constatation de la dépendance par une personne spécialement mandatée :

je ne dispose pas d'un des certificats énumérés au recto et souhaite faire appel à une personne spécialement mandatée par mon assureur.

Représentation

Si la personne dépendante n'est plus en mesure de signer elle-même ce formulaire, celui-ci peut être signé par son représentant légal (s'il s'agit d'une autre personne, veuillez mentionner la parenté avec la personne dépendante).

Nom et prénom du représentant légal: _____

Rue : _____ N° : ____ Bte postale : ____

Code postal : Localité : _____ Pays : _____

Téléphone / GSM : _____ E-mail : _____

Parenté avec la personne dépendante :

époux ou épouse

frère ou soeur

parent ou grand-parent

enfant ou petit-enfant

représentant légal

(= tuteur ou administrateur. Veuillez joindre une copie des dispositions sur la représentation légale)

membre majeur de la famille de la personne dépendante

(veuillez joindre un certificat de la composition de famille. Vous pouvez demander ce certificat à la commune)

Fait à _____ , le ____ / ____ / ____

**Signature de la personne assurée
ou de son représentant légal :**