

INDEMNITE QUOTIDIENNE HOSPITALIERE DECLARATION D'HOSPITALISATION

Cher (e) Sociétaire,

Merci de remplir cette déclaration et de nous l'envoyer dès que possible afin que nous puissions traiter rapidement votre dossier.
Nous vous souhaitons un prompt rétablissement.

Le Service Santé

PARTIE A REMPLIR PAR L'ASSURE

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __ / __ / ____ E-mail :

Profession exacte :

Référence :

N° de contrat :

Date de l'hospitalisation __ / __ / ____ au __ / __ / ____

L'AFFECTATION A L'ORIGINE DE VOTRE HOSPITALISATION EST-ELLE DUE :

> A une maladie Nature :

Date des premiers symptômes :

> A un accident Nature des blessures :

.....

.....

D'autres hospitalisations sont-elles prévues ?

Date de sortie prévue : __ / __ / ____

A défaut, durée prévisible de l'hospitalisation

Fait à

Le

Signature