

# Déclaration d'hospitalisation SANTE

Adhésion

Adhérent

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Profession : .....

N° ..... Rue .....  
Code Postal : .....  
Localité : .....

A compléter par l'adhérent

Bénéficiaire concerné :  adhérent  conjoint  enfant  personne à charge

Nom et prénom de la personne hospitalisée : .....

**Avez-vous été hospitalisé ?**

OUI | NON [1]

Si OUI, depuis quand ?.....

Si OUI, précisez du ..... au .....

Dans quel service : .....

**S'agit-il d'une maladie ?**

OUI | NON [1]

Si OUI, laquelle .....

**S'agit-il d'un accident ?**

OUI | NON [1]

accident domestique  accident du travail  accident de la circulation

Date de l'accident : .....

L'assuré autorise le **Service Médical** des ACM IARD S.A. à prendre connaissance de l'ensemble du dossier médical.

Nom et adresse du Médecin traitant : .....

[1] cocher la case correspondante



**Pour le respect de la confidentialité de ces documents, une enveloppe réponse est à votre disposition auprès de votre intermédiaire. A défaut utilisez impérativement l'adresse suivante : Service Médical Sinistre "Assurances de Personnes" 46 rue Jules Méline 53000 LAVAL**

Fait à ..... le .....

**VEUILLEZ JOINDRE A CETTE  
DECLARATION LE BULLETIN DE  
SITUATION REMIS PAR L'ETABLISSEMENT  
ET PRECISANT LES DATES D'ENTREE ET  
DE SORTIE**

**Toute déclaration incomplète entraîne un  
délai de gestion supplémentaire.**

**L'assuré ou son représentant**

faire précéder la signature de la mention manuscrite  
"Lu et approuvé". Par la présente signature, l'assuré ou son  
représentant atteste l'exactitude des renseignements fournis.