

Comment déclarer son hospitalisation ?

● Vous souhaitez bénéficier de la garantie Indemnité hospitalière Hospi' Protec :

Déclarez votre hospitalisation auprès de votre conseiller COFIDIS assurance au **03 28 09 20 17** coût selon opérateur
 Si vous êtes client Cofidis, un aménagement de vos échéances à venir va être étudié en fonction de de votre situation.

● Imprimez et remplissez le formulaire de déclaration ci-dessous :

Remplissez intégralement le document.
 Votre numéro d'adhésion SK XXXXXXX figure sur votre certificat d'adhésion.



● Joignez le bulletin de situation.

Vous devez joindre à cette déclaration le bulletin de situation remis par l'établissement hospitalier précisant les dates d'entrée et de sortie.

● Afin d'étudier votre demande, veuillez nous transmettre :

- La déclaration d'hospitalisation complétée et signée
- Le bulletin de situation

à l'adresse suivante :

**Service Médical – Sinistre « Assurances de Personnes »,
 46 Rue Jules Méline – 53098 LAVAL CEDEX 9**

Pour toutes questions sur votre contrat composez le **03 88 14 00 33**



Toute déclaration incomplète entraîne un délai de gestion supplémentaire.

COFIDIS – Société anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 67 500 000€ - Siège Social : Parc de la Haute Borne, 61 avenue Halley 59866 Villeneuve d'Ascq CEDEX – RCS Lille Métropole 325 307 106 – Intermédiaire d'assurance enregistré auprès de l'Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurances sous le numéro 07 023 493 (consultable sur le site www.orias.fr), détenu indirectement à plus de 10% par la Banque Fédérative du Crédit Mutuel, société mère du Groupe des Assurances du Crédit Mutuel. La liste des entreprises d'assurance dont les produits sont commercialisés peut être communiquée sur demande.

SERENIS ASSURANCE SA – Société anonyme au capital de 16 422 000€ - 350 838 686 – N° TVA : 13350838686. Entreprise régie par le Code des assurances – Siège Social : 25 rue du Docteur Henri Abel 26000 VALENCE.
 Entreprises soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest, CS92459, 75436 Paris Cedex 09.

Déclaration d'hospitalisation SANTE

NUMÉRO D'ADHÉSION

SK

ADHÉRENT

Nom : N° : Rue :
Prénom :
Date de naissance : Code Postal :
Profession : 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, précisez du au

Dans quel établissement :

Dans quel service :

Motif de l'hospitalisation :

Code discipline si connu (DMT) :

chirurgie médecine maternité cure rééducation/convalescence psychiatrie ⁽¹⁾

S'agit-il d'une rechute pour le même motif ? OUI NON ⁽¹⁾

Si OUI, date de la précédente hospitalisation du au

S'agit il d'un accident ? OUI NON ⁽¹⁾

Si oui, circonstances de l'accident :

accident domestique accident du travail accident de la circulation

Date de l'accident :

Y a-t-il un tiers responsable ? OUI NON ⁽¹⁾

Si oui, indiquez le nom et les coordonnées du tiers responsable et de son assureur :

(1) cocher la case correspondante



Afin de préserver la confidentialité des informations d'ordre médical, ce questionnaire est à retourner dans une enveloppe comportant la mention « Lettre Confidentielle » à l'adresse suivante : Service Médical Sinistre - Assurances de Personnes - 46 rue Jules Méline - 53098 LAVAL CEDEX 9.

Vous consentez à ce que vos données personnelles, en particulier celles concernant votre santé soient traitées en vue de la gestion et de l'exécution de votre dossier.

Pour exercer vos droits d'accès à vos données personnelles, de mise à jour de celles-ci, de rectification, d'opposition, de limitation et de portabilité et plus largement pour toutes difficultés éventuelles en matière de protection des données personnelles, vous pouvez adresser votre demande ou réclamation à : Délégué à la Protection des Données 63 chemin Antoine PARDON - 69814 TASSIN CEDEX. En cas de difficulté persistante, vous pouvez adresser votre demande auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

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.

Fait à le

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.