

# Déclaration d'hospitalisation

## Quand retourner ce document ?

### Si vous êtes hospitalisé pour une période de moins de 15 jours :

**Attention** : Vous nous retournez ce document au terme de votre séjour avec la date de sortie.  
**Attention** : vous devez nous déclarer votre hospitalisation dans les 15 jours qui suivent votre entrée à l'hôpital ou en clinique.

### Si vous êtes hospitalisé pour une période de plus de 15 jours :

Vous nous retournez ce document à l'issue des 15 premiers jours d'hospitalisation, avec la date de présence. Par la suite, tous les 15 jours, vous devez nous envoyer un bulletin de présence et ce, jusqu'à votre sortie définitive.

Adressez ce document  
sous pli confidentiel à :

Alico Direct - M. le Médecin-conseil  
Libre Réponse 93970  
92609 Asnières Cedex.

VOLET 1

## A COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ HOSPITALISÉ OU UN PROCHE

N° de contrat : ..... Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : ..... Date de naissance : .....

Maladie (nature de la maladie) : .....

Accident (date, lieu, circonstances) : .....

S'agit-il d'un accident de moto ?  oui  non Cylindrée : ..... cm<sup>3</sup>

Y a-t-il eu un procès-verbal ?  oui  non N° du procès-verbal : .....

Adresse du commissariat ou de la gendarmerie : .....

S'il s'agit d'une chute, par quoi a-t-elle été provoquée, précisez : .....

S'il s'agit d'un accident de la circulation, étiez-vous :  conducteur  passager  piéton (cocher la case correspondante)

Date :

Signature de l'assuré :  
(ou le tuteur légal)

X

VOLET 2

## A COMPLÉTER PAR LE BUREAU DES ENTRÉES

Entrée le : ..... au service : .....

Présent le : ..... au service : .....

Sortie le : ..... du service : .....

Nom et adresse de l'établissement hospitalier : .....

Transfert (nom et adresse du nouvel établissement hospitalier) : .....

Cachet de l'établissement  
Visa du bureau des entrées

VOLET 3

## A COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN

Maladie : .....  Accident : .....

Nature de l'affection ou des blessures : .....

Y a-t-il eu un acte chirurgical ?  oui  non

Soins et traitements : .....

Un test d'alcoolémie a-t-il été réalisé ?  oui  non      Résultat du test : .....

Date :

Signature et cachet  
du médecin :

X