

**DÉCLARATION D'HOSPITALISATION (SUITE À UN ACCIDENT GARANTI)  
CONTRAT IDCP N° 93006.IDCP.01**

CCAS - DIRECTION PRÉVOYANCE ASSURANCES - 8 rue de Rosny - BP 629 - 93104 MONTREUIL CEDEX - Tel : 01 48 18 60 00

**IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ(E)**

Agent     Conjoint de l'agent     Enfant à charge de l'agent     Ascendant à charge de l'agent

Nom et Prénom .....

Date de Naissance |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|

Adresse .....

Code postal |\_|\_|\_|\_| Ville .....

N° identifiant agent : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

CAS de (précisez en toutes lettres) ..... SLVie N° |\_|\_|

**DÉCLARATION D'HOSPITALISATION SUITE À UN ACCIDENT**

Date d'entrée pour l'hospitalisation |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_| Date de sortie |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|

Date de l'Accident ..... Heure ..... Lieu .....

Un constat de Police ou de Gendarmerie a-t-il été dressé ?  Oui     Non

Si oui, indiquez quelles sont les autorités de Police ou de Gendarmerie ayant eu à connaître de l'accident, ainsi que la date et le N° du Procès-verbal :

.....

.....

Circonstances détaillées (préciser s'il s'agit d'un accident de sport de compétition amateur, loisirs, circulation, domestique, travail). **À remplir obligatoirement.**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**PIÈCES À FOURNIR**

**Cette déclaration de l'hospitalisation doit être adressée dans un délai maximum de 30 jours suite à l'évènement.**

- Ce formulaire en deux exemplaires dûment remplis, datés et signés,
- Tout document prouvant l'identité et/ou la situation de famille au jour de l'évènement ouvrant droit au versement de la prestation :
  - En cas de PACS, une attestation de l'engagement dans les liens du PACS, délivrée par le greffe du Tribunal d'Instance du lieu de naissance ou par le greffe du Tribunal de Grande Instance de Paris.
  - En cas de concubinage, tous documents attestant du concubinage, du domicile commun et du fait que l'assuré et son concubin sont libres de tout autre lien de même nature.
- Le bulletin d'entrée et de sortie établi par l'établissement hospitalier ou à défaut, l'original de la note de frais d'hospitalisation,
- Un certificat médical détaillé indiquant la nature de l'accident et des soins prodigués.

En application de la loi du 6 janvier 1978 et du règlement européen 2016/649 du 27 avril 2016, en justifiant de votre identité, vous pouvez obtenir communication et rectification de toutes informations vous concernant qui figureraient sur tous les fichiers à usage de la mutuelle, de ses mandataires et réassureurs, et des organismes participant à la gestion du contrat. Ces informations peuvent également être utilisées à des fins commerciales, à l'exclusion de vos données de santé, au bénéfice d'autres sociétés du groupe et à leurs partenaires.

Si vous ne le souhaitez pas, vous pouvez vous y opposer. Vous pouvez exercer vos droits d'accès, d'effacement, de communication et de rectification en adressant votre demande au Service Relations Adhérents – SOLIMUT Mutuelle de France – CS 31401- 13785 Aubagne Cedex ou par mail à dra@solimut.fr

**Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus.**

Fait à ..... le .....

**Signature de l'assuré(e) hospitalisé(e) :**  
(ou de son représentant légal ;  
préciser son nom, prénom et qualité) :  
précédée de la mention "lu et approuvé"