

.....
.....
.....

Assura
Case postale 4
1052 Le Mont-sur-Lausanne

Annnonce d'hospitalisation

Assuré

Nom
Prénom
Numéro de police

Contact

Je préfère être contacté par Email Téléphone

Email

Téléphone

Informations liées à l'hospitalisation

Nature de l'affection

Due à Accident Maladie Accouchement

Date des premiers symptômes | | | | | | | | | |

Nom de l'établissement

Choix de la division Générale Mi-privée Privée

Date d'entrée prévue | | | | | | | | | |

Nom du médecin traitant

Durée prévisible du séjour | | | | jours

Informations complémentaires

.....

.....

.....

Afin de garantir un temps de traitement optimal, nous vous prions de nous communiquer ce document rempli à l'adresse email suivante : prest_hospit@assura.ch

L'assurée soussignée ou son représentant légal déclare avoir répondu avec précision et exactitude au présent questionnaire. Elle/il autorise Assura-Basis SA et Assura SA à obtenir auprès des autres assurances, médecins, institutions policières et judiciaires, tous les renseignements nécessaires à sa détermination.

Date et lieu Signature