



certificat d'hospitalisation vie particuliers

numéro de votre contrat

4 | 0 | | | | | | | | | |

Ce certificat est à remettre à l'assuré ou à retourner sous pli confidentiel au **Secrétariat Médical Vie Particuliers** d'AXA Assurances Vie Luxembourg à l'attention du **Docteur May**, médecin-conseil, accompagné d'une **copie de la carte d'identité** de l'assuré en cours de validité.

Le mémoire d'honoraires relatif à ce questionnaire est à charge de l'assuré.

Assuré

Madame Mademoiselle Monsieur

Nom* : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____ Lieu de naissance : _____

Adresse (rue/n°) : _____

Code postal et localité : _____ - _____ Tél. : _____

* Nom de jeune fille si femme mariée

Hospitalisation

Accident * Maladie Accouchement

Période d'hospitalisation : du ____/____/____ à ____ h ____ au ____/____/____ à ____ h ____

Lieu d'hospitalisation : _____

Nature de l'affection ou du traumatisme : _____

qui a débuté le ____/____/____

Intervention chirurgicale : non oui, précisez le type d'intervention : _____

* Joindre un écrit de l'assuré détaillant les circonstances de l'accident

Versement à l'assuré

Titulaire du compte bancaire :

Mme Melle M. Nom : _____ Prénom : _____

Numéro de compte IBAN : _____

Nom de l'Institut financier : _____

Signature de l'assuré (obligatoire et conforme à la carte d'identité)

Je déclare que les réponses aux questions ci-avant sont sincères et que je n'ai dissimulé aucun renseignement médical susceptible d'induire en erreur la Compagnie.

Fait à _____, le _____

Signature

Le médecin

Cachet
