DEMANDE DE PRISE EN CHARGE
HOSPITALISATION

Formulaire à renvoyer aux coordonnées suivantes :
Bad-demande@branche-hds.fr

Identification du salarié

Nom de naissance : …… Nom d'usage : ……

Prénoms : ……

SITUATION FAMILIALE

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacs / concubinage ☐ Séparé(e) ☐ Veuf(ve)

ADRESSE ACTUELLE

Adresse: ……

Code Postal: …… Commune : ……

Téléphone: …… Adresse électronique : ……

NOM DE L'ENTREPRISE : ……

Pièces justificatives obligatoires

☐ Pièce d'identité

☐ Relevé d'identité bancaire

☐ Dernier bulletin de salaire ou attestation mentionnant la portabilité des droits

☐ Dernier(s) avis d'imposition complet (s)

☐ Livret de famille (pour les familles monoparentales)

☐ Attestations et factures de l'hôpital mentionnant la durée d'hospitalisation (minimum 3 jours)

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique au présent formulaire. Le traitement mis en œuvre permet l'accès et la gestion de votre prestation « Haut degré de solidarité ». Ils peuvent aussi faire l'objet de traitements et d'informations spécifiques aux autorités compétentes en application de la loi comme la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme. Les informations qui vous concernent sont destinées à l'OCIRP et à ses partenaires. La loi garantit au participant, pour les données le concernant, un droit d'accès et de rectification en s'adressant à l'Union-OCIRP, 17 rue de Marignan - CS 50 003 - 75008 PARIS

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE
HOSPITALISATION

Je soussigné(e) Madame/Mademoiselle/Monsieur ……, demeurant au ……, atteste sur l'honneur l'exactitude des informations renseignées. J'ai connaissance des sanctions pénales encourues par l'auteur d'une fausse attestation.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Date : Signature

A renseigner par l'Assureur

☐ Validation de la prise en charge ☐ Refus de la prise en charge

Référence : …… Signature :

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique au présent formulaire. Le traitement mis en œuvre permet l'accès et la gestion de votre prestation « Haut degré de solidarité ». Ils peuvent aussi faire l'objet de traitements et d'informations spécifiques aux autorités compétentes en application de la loi comme la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme. Les informations qui vous concernent sont destinées à l'OCIRP et à ses partenaires. La loi garantit au participant, pour les données le concernant, un droit d'accès et de rectification en s'adressant à l'Union-OCIRP, 17 rue de Marignan - CS 50 003 - 75008 PARIS