

**DEMANDE D'INDEMNISATION**  
**CONTRAT PRESTA PLUS**



Document à nous retourner dûment complété et signé, accompagné de l'attestation de séjour de l'Etablissement Hospitalier ou de la Clinique.

TITULAIRE DU CONTRAT N° .....

**Identité de l'assuré**

Mme  Melle  Mr ..... Prénom : .....

Adresse .....  
.....

**Identité du patient**

Mme  Melle  Mr ..... Prénom : .....

A été hospitalisé le .....

Nom et adresse de l'Etablissement .....  
.....  
.....

Motif de l'hospitalisation : .....  
.....  
.....

Fait à ..... le .....

**SIGNATURE DE L'ASSURE**