

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E) :**Civilité  Madame  MonsieurNom  Nom de jeune fille Prénom(s) Adresse Code postal  Ville  Département Pays Date de naissance Email Numéro de tél. Portable N° de contrat **DÉPENSES DE SANTÉ :****Date de l'accident**  Nouvelle condition médicale  Continuité des soins**Type de traitement**Date 1<sup>ère</sup> consultation  Date 2<sup>ème</sup> consultation  Généraliste  Spécialiste  Radiologie  Analyses médicales  Soins dentaires  Auxiliaires médicaux*En cas d'hospitalisation uniquement*Date d'entrée  Date de sortie **DÉTAILS MÉDICAUX (à remplir par le professionnel de santé)****Diagnostic complet :**

Signature et cachet du praticien

Fait à

Le

Jour

Mois

Année

## COORDONNÉES PRATICIEN OU HÔPITAL

Nom

Email

Numéro de téléphone

Fax

Adresse postale

Code postal  Ville

**PIÈCES JUSTIFICATIVES** (décompte des organismes Sécurité Sociale ou autres organismes complémentaires)

## PROCURATION

*Je soussigné(e), assuré(e) HEYME, certifie sur l'honneur avoir réglé les divers soins pratiqués ci-dessus.  
J'autorise au personnel médical ou auxiliaire à communiquer sur demande de HEYME, les données nécessaires au règlement  
du présent sinistre et délègue expressément ces personnes de leur obligation de garder le secret.*

## SIGNATURE DE L'ASSURÉ(E)

Fait à

Le

Jour

Mois

Année

Signature

Les demandes de remboursements sont à adresser à : UMGP - CS 70010 - 13272 Marseille Cedex 08