



## Déclaration d'hospitalisation

À retourner dûment rempli et signé  
 par le médecin de l'Adhérent à :  
 UNMI - CENTRE DE GESTION  
 BÂTIMENT B LES ORIELS  
 289 BOULEVARD DUHAMEL DU MONCEAU  
 CS 90662  
 45166 OLIVET CEDEX 1  
 prestations@unmi.eu  
 TÉL. : 02 34 52 67 70

### Identification de l'Adhérent

M  Mme NOM .....  
 PRÉNOM(S) .....  
 ADRESSE .....  
 .....  
 CODE POSTAL [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] VILLE .....  
 N° de Sécurité sociale [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

### Déclaration

- Hospitalisation du [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] au [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] ;
- motif de l'hospitalisation :  Maladie  Accident en date du [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] .

### Important

- Le Médecin conseil de l'UNMI peut être amené à apprécier le bien-fondé des demandes de prestations ;
- toute fausse déclaration peut être punie par la loi (Art. 162 du Code pénal).

### Exclusions

Ne sont pas garanties les hospitalisations pour des opérations de chirurgie esthétique et plastique non consécutives à un accident et les conséquences :

- des tentatives de suicide et de l'automutilation ;
- des faits intentionnellement causés ou provoqués par l'assuré ;
- de guerres civiles ou étrangères ;
- d'attentats, d'émeutes, d'insurrections, d'actes de terrorisme, dès lors que l'assuré y prend une part active ;
- de la pratique d'un sport à titre professionnel, de démonstrations, raids, acrobaties, compétitions nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur, de vols sur ailes volantes, ULM, de pratique de parapente ;
- des effets directs et indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome ;
- d'affections de type psychiatrique ;
- d'un état d'ivresse (taux d'alcoolémie supérieur ou égal au taux légal), de l'usage de stupéfiants ou de drogues non prescrits médicalement.
- De même, l'UNMI ne prend pas en charge les hospitalisations à domicile ainsi que les hospitalisations dans :
  - les hôpitaux et services psychiatriques ;
  - les maisons de repos et de convalescence ;
  - les établissements de lutte antituberculeuse et contre les maladies respiratoires ;
  - les centres de rééducation fonctionnelle et professionnelle ;
  - les centres de réadaptation ;
  - les centres de cure médicale et maisons de régime ;
  - les centres de cure diététique, thermale, héliomarine, de sommeil ou de désintoxication ;
  - les hospices et maisons de retraite ;
- les établissements ou services destinés à l'hébergement des personnes n'ayant plus leur autonomie de vie.

### Pièce à joindre obligatoirement à cette demande

- Le bulletin de situation émis par l'établissement hospitalier, précisant le service dans lequel a eu lieu l'hospitalisation.

Je certifie que cette hospitalisation ne rentre pas dans l'un des cas d'exclusion mentionnés sur cet imprimé (remis en mains propres à l'intéressé(e) sur sa demande).

Fait à .....  
 et certifié exact le [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] .

Signature et cachet du médecin