

- ☐ AMBULANCE AGRÉÉE
(2 accompagnateurs, transport allongé, ou assis par nécessité médicale)
- ☐ VÉHICULE SANITAIRE LÉGER
(transport assis, avec possibilité d'assistance)

- ☐ Volet destiné à l'organisme de paiement
- ☐ Volet destiné à l'assuré(e) social(e)
- ☐ Volet destiné au transporteur

Cocher la case adéquate

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E) (1)

NUMÉRO D'IMMATRICULATION

NOM PATRONYMIQUE

(nom de naissance)
NOM D'USAGE (Facultatif) nom d'époux(se),
veuf(ve), divorcée, ou autre parent.

PRÉNOMS

Si la personne transportée n'est pas l'assuré(e) :

NOM PATRONYMIQUE, PRÉNOM

DÉNOMINATION DE L'ENTREPRISE

Numéro d'identification

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES TRANSPORTS

	DÉPART : date - heure Lieu de prise en charge	ARRIVÉE : date (si différente) - heure Lieu d'arrivée en charge	Nombre de malades transportés	Nom du titulaire du certificat de capacité ou du conducteur du V.S.L. Nom du second membre d'équipage Numéro minéralogique du véhicule	Distance totale (Kms)	Suppléments* (euros)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

* A : aéroport ; B : péage ; C : prématuré ; D : SAMU n° d'appel , ou centre 15 ; Z : autre, à préciser :

ATTESTATION DE L'ASSURÉ(E)

☐ **SUBROGATION** : L'ASSURÉ(E) AUTORISE LE VERSEMENT DIRECT AU TRANSPORTEUR DU MONTANT REMBOURSABLE DU (DES) TRANSPORT(S) DÉSIGNÉ(S) CI-DESSUS. Il s'engage, s'il y a lieu, à payer au transporteur tout ou partie de la facture en cas de refus total ou partiel de prise en charge par l'organisme d'Assurance Maladie.

☐ **ATTESTATION** : L'ASSURÉ(E), ou la personne transportée, ou son représentant, ATTESTE DE LA RÉALITÉ ET DES CONDITIONS DU (DES) TRANSPORT(S) DÉTAILLÉ(S) CI-DESSUS.

Fait à

Signature ►

Le