

FORMULAIRE DE DÉCLARATION D'HOSPITALISATION

(FORMULAIRE S28/1-F)

RENSEIGNEMENTS À FOURNIR PAR LA PERSONNE HOSPITALISÉE OU SON REPRESENTANT LÉGAL

<input type="checkbox"/> Police Individuelle <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	<input type="checkbox"/> Police Groupe N° <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>
<input type="checkbox"/> Inscription N° <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	

Nom et prénom de la personne hospitalisée :

Adresse : Date de naissance :

Compte du bénéficiaire

Hospitalisation DU / / AU / /

Nom et adresse de l'institution hospitalière :

Nom et adresse du médecin de famille :

<input type="checkbox"/> MALADIE	<ul style="list-style-type: none"> Nature précise de la maladie : Date du premier traitement : Causes de la maladie : Traitement actuel et/ou prévu : 	
<input type="checkbox"/> ACCIDENT	<ul style="list-style-type: none"> Nature de l'accident : <input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Scolaire Nature des lésions : Traitement actuel et/ou prévu : Date et heure de l'accident : Lieu, causes et circonstances de l'accident : A qui incombe à votre avis la responsabilité de l'accident : Coordonnées du tiers (et/ou de sa compagnie d'assurance) : Nom, adresse et références de votre assurance en responsabilité civile : Nom, adresse et références de votre assurance défense en justice/avocat : Numéro du procès-verbal + nom et adresse de l'autorité verbalisante : 	
<input type="checkbox"/> DIVERS	<ul style="list-style-type: none"> Raison : <input type="checkbox"/> Accouchement <input type="checkbox"/> Insémination artificielle <input type="checkbox"/> Stérilisation <input type="checkbox"/> Traitement esthétique Si autre, description et cause : Traitement actuel et/ou prévu : 	

Déclaré sincère et véritable. Signature : Date :

Een onderneming van de ERGO verzekeringsgroep. Onderneming onder rlt. 0739 om de lat. 2-zakke- te beoefenen. - Une entreprise du groupe d'assurances ERGO. Entreprise agréée sous le n° 0739 pour la branche 2-maladie.