

# 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		<input type="checkbox"/> Police Groupe N°	
		<input type="checkbox"/> Inscription N°	

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

Déclaré sincère et véritable. Date :  
Signature :