



DECLARATION D'HOSPITALISATION

Demande d'intervention de l'assurance hospitalisation « HOSPIMUT »

Empty rectangular box for additional information.

N° de dossier : (réservé à la SMAB)

A. RENSEIGNEMENTS GENERAUX

1. Assuré

Numéro d'affiliation : Nom : Prénom :
Date de naissance : Profession :
Rue :
Code postal : Localité :
N° de CCP ou bancaire :

2. Bénéficiaire

Nom et prénom de la personne hospitalisée :
Date de naissance :
Lien de parenté avec l'affilié :

3. Le bénéficiaire est-il couvert, pour des garanties de même nature, par une autre police d'assurance ou par un autre organisme ?

oui non

Dans l'affirmative :
- nom de la compagnie ou de l'organisme :
- n° du contrat :
- nature des garanties :

4. Objet de la demande d'intervention (un seul séjour par déclaration S.V.P. !)

Hospitalisation pour la période du au

5. A compléter par le médecin

- 1. Depuis quand traitez-vous le bénéficiaire pour cet accident ou cette maladie ?
2. Nature de l'affection actuelle ou des lésions (localisation, degré de gravité) :
3. Code INAMI si chirurgie : Date d'apparition des premières manifestations :
4. Infirmité ou affection, antérieure ayant pu prédisposer à la maladie actuelle :
5. Identité et adresse du(des) médecin(s) ayant traité le bénéficiaire :
- pour l'affection actuelle :
- pour l'affection ou l'infirmité prédisposante :

Fait à , le

Signature et cachet du médecin :

VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT AU VERSO LE CADRE REPRENANT « INFORMATION IMPORTANTE »

Veillez compléter le verso s.v.p.

**B. RENSEIGNEMENTS A FOURNIR UNIQUEMENT EN CAS D'ACCIDENT**(route, sport, travail ou autre)

1. **Date** : ...../...../..... Heure : ..... h .....

Lieu de l'accident : .....

2. **Circonstances** :

.....  
.....  
.....  
.....

3. **Identité et adresse**

a) de l'adversaire éventuel : .....

.....

de sa compagnie d'assurance en RC : .....

.....

de son numéro de contrat : .....

b) des témoins : .....

.....

4. **Y a-t-il eu constat par les autorités ?**

Si OUI, lesquelles : .....

Plainte a-t-elle été déposée par le bénéficiaire  oui  non

5. **Au moment de l'accident, le bénéficiaire était-il :**

au travail ?  oui  non

sur le chemin du travail ?  oui  non

Dans l'affirmative :

- a) identité et adresse de l'employeur : .....

.....

- b) compagnie qui l'assure pour les « accidents de travail » : .....

.....

Je certifie mes déclarations exactes et sincères et m'engage à tout mettre en oeuvre pour fournir à la Société Mutualiste d'Assurances du Brabant toute information relative à l'accident et à ses suites dans les plus brefs délais.

Fait à ....., le .....

**Signature du preneur d'assurance,**

.....

**INFORMATION IMPORTANTE**

Transmettez cette déclaration à la Société Mutualiste d'Assurances du Brabant accompagnée des factures ou des pièces justificatives originales relatives à votre hospitalisation.

Assurez-vous que les points 1 à 5 des « Renseignements généraux » ont été complétés et que le médecin de l'hôpital a apposé son cachet et sa signature.