

**SOCIETE MUTUALISTE D'ASSURANCES DU BRABANT (SMAB)**

Rue du Midi 111 – 1000 Bruxelles – Tél. : 02 506 99 25 – Fax : 02 514 96 71 – [mail@fmsb.be](mailto:mail@fmsb.be)

N° d'affiliation :

N.I.S.S. :

Concerne

**DECLARATION D'HOSPITALISATION – INDEMNITE COMPLEMENTAIRE EN CAS D'HOSPITALISATION (ICH)**

Déclaration à faire remplir par l'établissement hospitalier

**Etablissement hospitalier**

N° d'agrément : | | | | | | | | | |

Dénomination : .....

Adresse : .....

**Assuré**

N° d'inscription | | | | | | | | | |

Nom – prénom : ..... Date de naissance : ...../...../.....

Adresse : .....

**Bénéficiaire**

Nom – prénom de la personne hospitalisée : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Date d'admission	Heure	Service	Date de sortie	Heure
Changement de service				
Date d'admission	Heure	Service		
			Pour l'établissement hospitalier	
			Date : .....	
			Signature : .....	

**A remplir par l'assuré**

Je soussigné(ee), M ..... autorise la Société Mutualiste d'Assurances du Brabant  
(SMAB) à effectuer le paiement de mes indemnités sur le compte financier numéro

-     -     -

Fait à ....., le .....

Signature