Solidaris brabant assurances

Société Mutualiste d'Assurances Solidaris Brabant | Rue du Midi 111 | 1000 Bruxelles
+32 (0)2 506 99 25 | www.solidaris-brabant.be/fr/contact | B.C.E. : 0838.221.243

0 0 7 0 8 5 0 3 2 0 0 0 0 0 0 0

DECLARATION D'HOSPITALISATION - HOSPIMUT PLUS

1. Données concernant la personne hospitalisée :

Numéro d'affiliation :

Nom - Prénom : ….....
Date de naissance : …….. / …….... / …….....
Adresse : .....
.....

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

- Hospitalisation du …...../...../..... au …...../...../.....
- Hospitalisation en : □ chambre privée (1 lit) [1] □ chambre commune / 2 lits
- Cause de l'hospitalisation :

□ Accouchement [2] □ Maladie / affection / état préexistant [3]

□ Accident du …...../...../..... : (voir verso) □ Maladie

□ Autre :.....

Faire compléter le cadre suivant par le médecin spécialiste à l'hôpital, excepté en cas d'accouchement :

Nature précise de l'affection ou de la maladie : .....
….....

Nature du traitement : .....

Code INAMI si chirurgie : ....

Depuis quand le patient est-il traité pour cette maladie ou pathologie ? .....

Date d'apparition des premières manifestations : …...../...../.....

Infirmité ou affection antérieure ayant pu prédisposer à la maladie actuelle : ….....

En cas d'hospitalisation en chambre individuelle au cours des 3 premières années du contrat, des informations médicales complémentaires vous seront demandées afin de déterminer si l'assurance interviendra dans les suppléments d'honoraires et de frais de séjour.

Fait à ....., le .....

Signature et cachet du médecin :

(1) Une franchise de 100,00 € est applicable – pour les contrats d'assurance qui ont pris effet à partir du 01/01/2019 – en cas d'hospitalisation en chambre individuelle dans les hôpitaux qui appliquent des suppléments d'honoraires de plus de 200 % de l'intervention AO,
En cas d'hospitalisation de jour, l'intervention dans les suppléments d'honoraires est limitée à une fois l'intervention de l'assurance obligatoire pour les contrats d'assurance qui ont pris effet à partir du 01/01/2019.
(2) Lors d'une hospitalisation en chambre individuelle, il n'y a pas d'intervention dans les suppléments lorsque l'hospitalisation a lieu durant les 9 premiers mois du contrat en raison d'une grossesse.
(3) Lors d'une hospitalisation en chambre individuelle, il n'y a pas d'intervention dans les suppléments lorsque l'hospitalisation a lieu durant les 3 premières années du contrat et est liée à une affection, blessure ou infirmité qui existait à la date de souscription du contrat.

3. Etes-vous couvert(e) par une autre assurance « hospitalisation » ?

☐ non ☐ oui Dénomination de l'assureur ou organisme et numéro de la police d'assurance :

….....

4. Renseignements à fournir en cas d'accident

S'agit-il d'un accident :

□ du travail ou sur le chemin du travail

□ de la route

□ dans le cadre scolaire

□ dans l'exercice d'une activité sportive

□ autre :

Circonstances de l'accident et blessures encourues : ….....

Une déclaration de sinistre a-t-elle été introduite auprès de la compagnie d'assurance d'un tiers responsable ? Si oui, mentionnez ses coordonnées et le numéro de dossier :

.....

Je certifie mes déclarations sincères et exactes et m'engage à informer la SMASB de toute rectification ultérieure en ma faveur de la facture d'hospitalisation.

Fait à ..... , le .....

Nom et signature de la personne hospitalisée ou de son représentant légal

.....…

5. Démarches pour obtenir l'intervention de l'assurance

Faites parvenir à Solidaris Brabant Assurances :

- le présent formulaire de « déclaration d'hospitalisation », complété et signé,
- la ou les facture(s) d'hospitalisation originale(s) et complète(s).
- les justificatifs originaux de frais pour des soins ou médicaments reçus dans la période de 30 jours précédant le début de l'hospitalisation, et de 90 jours suivant la fin de l'hospitalisation.

L'indemnité sera versée sur le compte bancaire renseigné auprès de Solidaris Brabant. A compléter par le **preneur d'assurance UNIQUEMENT** s'il souhaite que l'indemnité soit versée sur un autre compte bancaire.

Je soussigné, ,

Demande que l'indemnité d'assurance soit versée sur le compte bancaire suivant:

Fait à **.....**... , le …...../...../.....

(Signature preneur d'assurance)

La Société Mutualiste d'Assurances Solidaris Brabant traite vos données dans le respect de la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel (loi-cadre) et du Règlement 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des données à caractère personnel, lequel vous donne le droit de consulter vos données, de les compléter, de vous opposer au traitement, d'en demander la rectification, la limitation ou la suppression. Tout renseignement complémentaire concernant le traitement de vos données peut être obtenu auprès du DPO, Rue du Midi 111 à 1000 Bruxelles – dataprotection.bra@solidaris.be. Les plaintes peuvent être adressées à l'adresse mail ci-dessus ou à l'Autorité de protection des données Rue de la Presse 35 à 1000 Bruxelles – Tél. : 02 274 48 00 – https://www.autoriteprotectiondonnees.be.