

Formulaire de déclaration d'hospitalisation

Renseignements à fournir par la personne hospitalisée ou son représentant légal

Police individuelle :

Police groupe n° :

Inscription n° :

Adresse :
.....
.....

Date de naissance : / /

Compte du bénéficiaire :

Hospitalisation du : / /

au : / /

Nom et adresse de l'institution hospitalière :
.....
.....

Nom et adresse du médecin de famille :
.....
.....

Maladie

Nature précise de la maladie :

Date du premier traitement :

Cause de la maladie

Traitement actuel et/ou prévu :
.....

Accident

Nature de l'accident : Privé Travail Scolaire

Nature des lésions :

Traitement actuel et/ou prévu :

Date et heure de l'accident :

Lieu, causes et circonstances de l'accident :

À 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 :

Divers

Raison : Accouchement Insémination artificielle Stérilisation Traitement esthétique

Si autre, description et cause :

Traitement actuel et/ou prévu :

Déclaré sincère et véritable,
Signature :

Date :