



Formulaire de déclaration d'hospitalisation

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	• Nature précise de la maladie :			
	• Date du premier traitement :			
	• Causes de la maladie :			
	• Traitement actuel et/ou prévu :			
<input type="checkbox"/> ACCIDENT	• Nature de l'accident :	<input type="checkbox"/> Privé	<input type="checkbox"/> Travail	<input type="checkbox"/> Scolaire
	• Nature des lésions :			
	• Traitement actuel et/ou prévu :			
	• Date et heure de l'accident :			
	• Lieu, causes et circonstances de l'accident :			
	• A 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 :				
<input type="checkbox"/> DIVERS	• Raison : <input type="checkbox"/> Accouchement <input type="checkbox"/> Insémination artificielle <input type="checkbox"/> Stérilisation <input type="checkbox"/> Traitement esthétique			
	• Si autre, description et cause :			
	• Traitement actuel et/ou prévu :			
Déclaré sincère et véritable. Signature :		Date :		