



FORMULAIRE DE DÉCLARATION D'HOSPITALISATION

(FORMULAIRE S28/1-F)

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 :			
<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. Date :
Signature :