

Déclaration soins de santé

Police collective

police numéro

.....

preneur d'assurance - employeur

.....
.....
.....

à renvoyer à:

CBC Assurances
sinistres soins de santé - SHO
Van Overstraetenplein 2
3000 Leuven

assuré - membre du personnel/affilié principal

nom et prénom

date de naissance

.....

rue et numéro

.....

code postal

commune fusionnée

fusion de communes

.....

paiement au compte

IBAN :

.....

BIC :

au nom de :

.....

nom et prénom époux/épouse

.....

personne hospitalisée (ou soins en cas de maladies graves)

nom et prénom

date de naissance

.....

rue et numéro

.....

code postal

commune fusionnée

fusion de communes

.....

hospitalisation

hospitalisation à la suite de

du au

accident

grossesse

maladie

accouchement

en cas d'accident

nom et adresse de l'éventuel tiers responsable

compagnie d'assurances

.....
.....

description précise des causes et circonstances en cas d'accident

.....
.....

ASSURANCES ANTÉRIEURES: si la personne hospitalisée était déjà affiliée à une assurance semblable dans le passé, mentionnez ici:

l'assureur:

date d'affiliation:

autres organismes qui interviennent dans les soins de santé

mutuelle (nom et adresse)

compagnie d'assurances (nom, adresse et référence)

.....
.....

Fait le

le déclarant,

Important: Une déclaration "soins de santé" n'est complète que si elle mentionne également le motif des prestations médicales. À cet effet veuillez utiliser le verso du présent formulaire.

