

ASSURANCE HOSPITALISATION

DECLARATION DE MALADIE OU ACCIDENT

Police n°

.... - 088/046 (Fam.431)

A renvoyer complété par l'assuré au :
« Business Fit » 088/046

Toute omission ou réponse incomplète (un trait ne constituant pas une réponse) peut être préjudiciable

A. IDENTIFICATION DE L'ASSURE

NOM - PRENOM : Date de naissance:

Adresse : N°tél.:

B. NATURE DU SINISTRE : maladie accident vie privée Accident du travail ou sur le chemin du travail Accouchement

Nature de l'affection ou du traumatisme :

Date du 1er jour d'hospitalisation :/...../.....

Dénomination & adresse de l'établissement :

C. RENSEIGNEMENTS EN RAPPORT AVEC LE SINISTRE

Date des premières manifestations du problème entraînant la présente hospitalisation :/...../.....

Avez-vous déjà souffert du même problème ? oui non Quand ?/...../.....

Date de la 1ère visite chez un médecin en rapport avec l'affection signalée ci-dessus :/...../.....

Nom & adresse de ce médecin :

Avez-vous consulté d'autres médecins en rapport avec cette affection ? oui non Quand ?/...../.....

Nom & adresse :

Diagnostic : Date à laquelle il a été posé :/...../.....

Une intervention chirurgicale est-elle prévue ? oui non

Si oui, laquelle ?

Avant l'hospitalisation actuelle, avez-vous souffert d'affections graves, été victime d'accidents ou subi des interventions chirurgicales, de nature à aggraver les conséquences de cette hospitalisation ? oui non

Si oui, précisez :

D. SINISTRE ACCIDENTEL : Cause : Sportif Circulation Autre

Date :/...../..... àheures

Relation des faits :

Un procès verbal a-t-il été dressé ? oui non Date et n° du procès-verbal :

La responsabilité d'un tiers semble-t-elle engagée ? OUI non-Coordonnées du tiers :

E. GENERALITES

Etes-vous couvert par une assurance ayant le même objet auprès d'une autre compagnie ? oui non

Dénomination & adresse : n° police :

Date de souscription :/...../.....

Etes-vous affilié à une mutualité ? - pour les garanties légales ? oui non

- pour les garanties complémentaires ? oui non

Dénomination & adresse :

Existen-ils d'autres contrats susceptibles d'intervenir suite à ce sinistre (assurance invalidité, auto, RC, loi, ...) et auprès de quelles compagnies ? oui non

Dénomination & adresse : N° police :

F. PAIEMENT DESIRE

compte bancaire N°.....TITULAIRE DU COMPTE :

Les données communiquées peuvent être traitées par AXA Belgium en vue du service à la clientèle, de l'acceptation des risques, de la gestion des contrats et des sinistres ainsi que du règlement des prestations. En vue d'offrir les services les plus appropriés, ces données pourront être communiquées aux entreprises du groupe AXA ou aux entreprises en relation avec celles-ci. Les personnes concernées donnent leur consentement pour le traitement des données relatives à leur santé lorsqu'elles sont nécessaires à l'acceptation, la gestion et l'exécution du contrat par les gestionnaires intervenant dans le cadre de ce contrat. Ce traitement est prévu par la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée. Toutes les informations seront traitées avec la plus grande discrétion. Les personnes concernées peuvent connaître ces données, les faire rectifier et s'opposer gratuitement à leur traitement à des fins de direct marketing au moyen d'une demande datée et signée accompagnée d'une photocopie recto verso de la carte d'identité, adressée au service clientèle de la Compagnie.

Il y a lieu de cocher cette case si les personnes concernées ne veulent pas être informées des actions de direct marketing de la compagnie.

De plus amples informations peuvent être obtenues auprès du service clientèle de la compagnie.

Fait àle/...../.....

Signature de l'assuré :

**B**

SINISTRE N° _____	CERTIFICAT MEDICAL	POLICE N° _____
De M. le Docteur spécialiste en demeurant à	_____ _____ _____	
Souscripteur Nom - Prénoms Adresse	_____ _____ _____	
Victime Nom - Prénoms Date de naissance	_____ _____	
Date de l'accident Date première visite	_____ _____	
Lésions constatées	_____ _____ S'agit-il d'une pathologie <input type="checkbox"/> traumatique <input type="checkbox"/> microtraumatique ?	
Incapacité résultant des lésions	Totale (1) - durée _____ Partielle _____ : Taux : _____ Durée : _____ _____ _____	
Suites présumées	_____ _____	

La victime est soignée _____
Le traitement institué est le suivant : _____

Les prédispositions, maladies, infirmités préexistantes à l'accident qui pourraient anormalement aggraver les conséquences de celui-ci sont : _____

L'intervention d'un médecin spécialiste paraît être: utile - inutile.

La radiographie est: nécessaire - utile.

L'hospitalisation: s'impose - ne s'impose pas.

Il est à craindre qu'il subsistera une invalidité permanente qui consistera vraisemblablement en : _____

Observations : _____

(Signature)

Fait à _____, le _____

(1) L'incapacité n'est totale que si la victime est incapable de toute activité professionnelle. Dans les autres cas, elle est partielle.



C

SINISTRE N° _____	CERTIFICAT DE GUERISON OU DE CONSOLIDATION	POLICE N° _____
De M. le Docteur spécialiste en demeurant à _____	_____	
Souscripteur Nom - Prénoms Adresse _____	_____	
Victime Nom - Prénoms Date de naissance _____	_____	
Date de l'accident _____	_____	

Je soussigné _____, Docteur en Médecine,
domicilié à _____, déclare que
la victime reprise en marge est guérie de ses blessures et en état de reprendre ses occupations à partir du _____

avec invalidité permanente - sans invalidité permanente.

L'incapacité a été :

totale du _____ au _____ inclusivement ;

partielle à _____ % du _____ au _____ inclusivement ;

partielle à _____ % du _____ au _____ inclusivement ;

partielle à _____ % du _____ au _____ inclusivement ;

L'incapacité prévue au certificat de constatation a été notablement dépassée; en voici la cause: _____

Il y a }
Il n'y a pas } invalidité permanente.

Les séquelles sont : _____

Fait à _____, le _____
(Signature)

	Codification barème légal acc. du travail	Montant
Frais médicaux	_____	_____ EUR
Frais pharmaceutiques	_____	_____ EUR
	TOTAL :	_____ EUR
A payer		_____ EUR
Mode de paiement		