

HOSPITALISATIE AANGIFTE

(FORMULIER S28/1-N)

INLICHTINGEN TE VERSTREKKEN DOOR DE GEHOSPITALISEERDE PERSOON OF ZIJN WETTELIJKE VERTEGENWOORDIGER

<input type="checkbox"/> Polisnummer :		<input type="checkbox"/> Groepspolis :	
		↳ Inschrijvingsnummer	

Naam en voornaam van de gehospitaliseerde persoon :

Adres : Geboortedatum :

Bankrekening begunstigde

Hospitalisatie VAN / / TOT / / /

Naam en adres van het ziekenhuis :

Naam en adres van de huisarts :

ZIEKTE <input type="checkbox"/>	• Aard van de ziekte :	
	• Datum eerste behandeling :	
	• Oorzaak van de ziekte :	
	• Huidige en/of voorziene behandeling :	

ONGEVAL <input type="checkbox"/>	• Aard van het ongeval :	<input type="checkbox"/> Privé	<input type="checkbox"/> Arbeids	<input type="checkbox"/> School
	• Aard van de letsels :			
	• Huidige en/of voorziene behandeling :			
	• Datum en uur van het ongeval :			
	• Plaats, oorzaak en beschrijving van het ongeval :			
	• Wie is volgens U aansprakelijk voor dit ongeval :			
	• Gegevens van de tegenpartij (en/of zijn verzekeringsmaatschappij) :			
	• Naam, adres en referenties van Uw verzekering burgerlijke aansprakelijkheid :			
	• Naam, adres en referenties van Uw verzekering rechtsbijstand en/of advocaat :			
• Nummer van het proces-verbaal + naam en adres van de autoriteit die het proces-verbaal heeft opgemaakt :				

ANDERE <input type="checkbox"/>	• Reden : <input type="checkbox"/> Bevalling <input type="checkbox"/> Kunst. bevruchting <input type="checkbox"/> Sterilisatie <input type="checkbox"/> Esthetische behandeling
	• Indien andere, beschrijving en oorzaak :
	• Huidige en/of voorziene behandeling :

Voor echt verklaard. Handtekening : Datum :