



## DECLARATION D'HOSPITALISATION

**Données concernant la personne hospitalisée :**

Numéro d'affiliation :  
 Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Date de naissance : .....  
 Rue : .....  
 Code postal : ..... Localité : .....  
 Type de couverture : **Hospimut Plus**

**1. Objet de la demande d'intervention (un seul séjour par déclaration S.V.P.!)**

Hospitalisation du ...../...../..... au ...../...../.....  
 En raison de :

<input type="checkbox"/> Accouchement	<input type="checkbox"/> Maladie*
<input type="checkbox"/> Accident du ...../...../..... *: (voir verso)	<input type="checkbox"/> Autre* :.....

(\* Faire compléter le cadre suivant par le médecin spécialiste à l'hôpital :

Nature précise de l'affection ou de la maladie : .....

Nature du traitement : .....

Code INAMI si chirurgie: .....

Depuis quand le patient est-il traité pour cette maladie ou pathologie ? .....

Date d'apparition des premières manifestations : ...../...../.....

Infirmité ou affection antérieure ayant pu prédisposer à la maladie actuelle :  
 .....

Fait à ....., le .....

Signature et cachet du médecin :

**2. Etes-vous couvert(e) par une autre assurance « hospitalisation » ?**

non     oui    Dénomination de l'assureur ou organisme et numéro de la police d'assurance:

.....

Je certifie mes déclarations sincères et exactes et m'engage à informer la SMASB de toute rectification ultérieure en ma faveur de la facture d'hospitalisation.

Fait à ..... , le .....

Nom et signature de la personne hospitalisée ou de son représentant légal  
.....

**3. Renseignements à fournir en cas d'accident**

S'agit-il d'un accident :

<input type="checkbox"/> du travail ou sur le chemin du travail	<input type="checkbox"/> de la route
<input type="checkbox"/> dans le cadre scolaire	<input type="checkbox"/> dans l'exercice d'une activité sportive
<input type="checkbox"/> autre :	

Circonstances de l'accident et blessures encourues : .....

Une déclaration de sinistre a-t-elle été introduite auprès de la compagnie d'assurance d'un tiers responsable ? Si oui, mentionnez ses coordonnées et le numéro de dossier :  
.....

**4. Compte bancaire**

A compléter par le **preneur d'assurance UNIQUEMENT** s'il souhaite que l'indemnité soit versée sur un autre compte bancaire que celui qui est renseigné auprès de Solidaris Brabant.

Je soussigné, ,

Demande que l'indemnité d'assurance soit versée sur le compte bancaire suivant:

<input type="text"/>																			
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Fait à ..... , le ...../...../.....

(Signature preneur d'assurance)

### **Informations sur l'intervention de l'assurance**

1. L'intervention de l'assurance n'est pas automatique. Pour toute demande d'intervention, il est vérifié si elle correspond aux conditions générales du contrat et, en particulier, si l'hospitalisation est la suite d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse ou d'un accouchement.

En cas d'hospitalisation en chambre individuelle au cours des 3 premières années du contrat, des informations médicales complémentaires pourront vous être demandées afin de déterminer si l'assurance intervient dans les suppléments d'honoraires et de frais de séjour.

2. Les soins ambulatoires reçus à l'hôpital (consultations chez un spécialiste, examens, salle des plâtre, service d'urgence,...) ne sont pas couverts, sauf :

- dans le cadre de la garantie « pré et post hospitalisation » du contrat Hospimut Plus, les soins en lien avec une hospitalisation et reçus durant les 30 jours qui la précèdent et les 90 jours qui la suivent ;
- le passage en service des urgences, lorsqu'il est immédiatement suivi d'une admission à l'hôpital.

3. Le patient ou son représentant légal reste toujours responsable du paiement de la facture envers l'institution hospitalière.

4. Pour obtenir l'intervention de l'assurance, faites parvenir à la Société Mutualiste d'Assurances Solidaris Brabant :

- le présent formulaire de « déclaration d'hospitalisation », complété et signé,
- la ou les facture d'hospitalisation originale(s) et complète(s).

La Société Mutualiste d'Assurances Solidaris Brabant traite vos données dans le respect de la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel (loi-cadre) et du Règlement 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des données à caractère personnel, lequel vous donne le droit de consulter vos données, de les compléter, de vous opposer au traitement, d'en demander la rectification, la limitation ou la suppression.

Tout renseignement complémentaire concernant le traitement de vos données peut être obtenu auprès du DPO, Rue du Midi 111 à 1000 Bruxelles – [dataprotection.bra@solidaris.be](mailto:dataprotection.bra@solidaris.be). Les plaintes peuvent être adressées à l'adresse mail ci-dessus ou à l'Autorité de protection des données Rue de la Presse 35 à 1000 Bruxelles – Tél. : 02 274 48 00 – <https://www.autoriteprotectiondonnees.be>.