



DECLARATION D'HOSPITALISATION – INDEMNITE COMPLEMENTAIRE EN CAS D'HOSPITALISATION (ICH)

Déclaration à faire remplir par l'établissement hospitalier

Etablissement hospitalier
 N° d'agrégation :
 Dénomination :
 Adresse :

Personne hospitalisée
 N° d'inscription :
 Nom et prénom de la personne hospitalisée :
 Date de naissance :/...../.....

Date d'admission	Heure	Service	Date de sortie	Heure
Changement de service				
Date d'admission	Heure	Service		
			Pour l'établissement hospitalier	
			Date :	
			Signature :	

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 Solidararis Brabant.

Je soussigné, , ,

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

| | | | - | | | | - | | | | - | | | |

Fait à, le

Signature

La Société Mutualiste d'Assurances Solidararis 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. 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>.