

**ASSURANCE HOSPITALISATION****DECLARATION DE MALADIE OU ACCIDENT**

Police n°

.... – 088/046

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*

<b>A. IDENTIFICATION DE L'ASSURE</b>	
NOM – PRENOM : .....	Date de naissance: .....
Adresse : .....N° tél.: .....	
<b>B. NATURE DU SINISTRE</b> : <input type="checkbox"/> maladie <input type="checkbox"/> accident vie privée <input type="checkbox"/> Accident du travail ou sur le chemin du travail <input type="checkbox"/> Accouchement	
Nature de l'affection ou du traumatisme : .....	
Date du 1er jour d'hospitalisation : ...../...../.....	
Dénomination & adresse de l'établissement : .....	
<b>C. RENSEIGNEMENTS EN RAPPORT AVEC LE SINISTRE</b>	
Date des premières manifestations du problème entraînant la présente hospitalisation : ...../...../.....	
Avez-vous déjà souffert du même problème ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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 ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Quand ? ...../...../.....	
Nom & adresse : .....	
Diagnostic : ..... Date à laquelle il a été posé : ...../...../.....	
Une intervention chirurgicale est-elle prévue ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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 ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Si oui, précisez : .....	
<b>D. SINISTRE ACCIDENTEL</b> : Cause : <input type="checkbox"/> Sportif <input type="checkbox"/> Circulation <input type="checkbox"/> Autre	
Date : ...../...../..... à .....heures	
Relation des faits : .....	
Un procès verbal a-t-il été dressé ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Date et n° du procès-verbal : .....	
La responsabilité d'un tiers semble-t-elle engagée ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> non-Coordonnées du tiers : .....	
<b>E. GENERALITES</b>	
Etes-vous couvert par une assurance ayant le même objet auprès d'une autre compagnie ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Dénomination & adresse : .....n° police : .....	
Date de souscription : ...../...../.....	
Etes-vous affilié à une mutualité ? - pour les garanties légales ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
- pour les garanties complémentaires ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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 ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Dénomination & adresse : .....N° police : .....	
<b>F. PAIEMENT DESIRE</b>	
<input type="checkbox"/> 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 à .....le ...../...../.....

Signature de l'assuré :