



Les **AP** assurances

Avenue Livingstone 6  
B-1000 BRUXELLES  
Tel. 02-286 61 11  
Fax 02-286 70 60  
RPM Bruxelles 0405.764.064  
Compte 799-5501252-93  
e-mail : lev.retail.medischecel@dvvlap.be

Agence

M. ....

Tél. ....

Fax ....

Branche: **HOSPITALISATION  
RETAIL**

## Déclaration de sinistre ASSURANCE INDIVIDUELLE HOSPITALISATION

### Déclaration relative au contrat

**41**

**CE DOCUMENT DOIT ETRE COMPLETE PAR L'ASSURE(E)**  
*Veillez compléter ce formulaire en caractères d'imprimerie  
et nous le renvoyer dans les meilleurs délais.*

**Attention!** *Un formulaire incomplet peut retarder votre indemnisation*

#### PRENEUR D'ASSURANCE

.....

#### ASSURÉ(E)

(nom de famille suivi du prénom)

Date de naissance

Adresse

Numéro

Rue

Code postal

Localité

Numéro de téléphone

Profession

Numéro de compte

Êtes-vous couvert(e) par un autre contrat souscrit aux AP assurances  
ou dans une autre compagnie et offrant des garanties semblables ?

OUI - NON

Si oui, mentionnez la compagnie et le n° du contrat

.....  
.....

#### RUBRIQUE A COMPLETER UNIQUEMENT LORSQUE L'HOSPITALISATION EST CONSECUTIVE A UN ACCIDENT :

Date de l'hospitalisation .....

Lieu, date et heure de l'accident .....

Tiers responsable .....

Sa compagnie d'assurances ..... Numéro du contrat .....

Relation des faits .....

.....

.....

.....

Un procès-verbal a-t-il été dressé ? Par qui ? ..... numéro .....

Au moment du sinistre, étiez-vous au service d'un employeur ou sur le chemin du travail ? OUI - NON

Veillez donner une description détaillée des lésions .....  
(nature, localisation, ampleur, etc.) .....

Souffriez-vous d'un quelconque handicap ou maladie avant l'accident ? OUI - NON

Si oui, lequel/laquelle ? .....  
Dans quelle mesure peut-il/elle influencer l'évolution des lésions ? .....

---

**RUBRIQUE A COMPLETER UNIQUEMENT LORSQUE L'HOSPITALISATION EST CONSECUTIVE A UNE MALADIE, UNE GROSSESSE OU UN ACCOUCHEMENT :**

Date de l'hospitalisation : ..... /..... /.....

Avez-vous subi ou devez-vous subir une intervention chirurgicale ? OUI - NON

Nature de l'intervention : .....

Nature de l'affection : .....

Quand sont apparus les premiers symptômes ? ..... /..... /.....

Avez-vous déjà été traité(e) précédemment pour cette affection ? OUI - NON

Si oui, veuillez mentionner les périodes de traitement antérieures (avec ou sans hospitalisation) du ..... /..... /..... au ..... /..... /.....  
du ..... /..... /..... au ..... /..... /.....  
du ..... /..... /..... au ..... /..... /.....

Veillez indiquer par quel(s) médecin(s) vous avez été traité(e) nom et adresse .....

---

Je soussigné(e) certifie que les réponses précédentes sont complètes et conformes à la vérité.

En vue d'une gestion rapide du contrat et/ou du dossier de sinistre, et uniquement à cet effet, je donne par la présente mon consentement spécial quant au traitement des données médicales me concernant (article 7 de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée).

Fait à....., le ..... /..... /.....

Nom et signature de l'assuré(e)