



Hospitalisatie aangifte

**Inlichtingen te verstrekken door de gehospitaliseerde
persoon of zijn wettelijke vertegenwoordiger**

O Polisnummer:

Naam en voornaam van de gehospitaliseerde persoon:

Adres:

Geboortedatum:

Bankrekening begunstigde:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Hospitalisatie VAN **TOT**

Naam en adres van het ziekenhuis:

.....
.....
.....

Naam en adres van huisarts:

.....
.....
.....

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

C.B.F.A. nr.: 49027
887.99.32

Tel. 03-

Antwerpsesteenweg 36
877.37.31

Fax 03-

B-2620 HEMIKSEM
centea@online.be

RPR Antwerpen NN 0476.789.741 Centea 853-8881688-12



<input type="checkbox"/> ONGEVAL	Aard van het ongeval:	<i>O Privé ongeval</i> <i>O Arbeidsongeval</i> <i>O Schoolongeval</i>
	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 verbaliserende instantie:		
<input type="checkbox"/> ANDERE	Reden: <i>O Bevalling O Kunstmatige bevruchting O Sterilisatie O Esthetische behandeling</i>	
	Indien andere, beschrijving en oorzaak:.....	
	Huidige en/of voorziene behandeling:	

Voor echt verklaard

Handtekening:

Datum

C.B.F.A. nr.: 49027
887.99.32

Tel. 03-

Antwerpsesteenweg 36
877.37.31

Fax 03-

B-2620 HEMIKSEM
centea@online.be