

# Annnonce d'hospitalisation

## Assurance d'indemnités journalières en cas d'hospitalisation

Le présent formulaire doit être rempli par la personne assurée ou son représentant légal. Les réponses aux questions doivent être complètes et le formulaire doit être renvoyé immédiatement dûment signé à l'adresse indiquée à la fin du document. La Serviceline de la CSS 0844 277 277 répond volontiers à vos questions. Merci beaucoup.



N° de police

### 1 Renseignements généraux

#### 1.1 Personne hospitalisée

Prénom	Nom	Date de naissance
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rue, n°	NPA, lieu	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

### 2 Hospitalisation

#### 2.1 Hôpital

Nom de l'hôpital

Rue, n°

NPA, lieu

#### 2.2 Médecin ayant ordonné l'hospitalisation

Prénom	Nom
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rue, n°	NPA, lieu
<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### 2.3 Hospitalisation

Admission à l'hôpital	Sortie de l'hôpital	Nombre définitif de jours d'hospitalisation
Date	Date	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Séjour dans l'unité normale		Séjour dans l'unité de soins intensifs
Date	Date	
du <input type="text"/>	au <input type="text"/>	du <input type="text"/>
		au <input type="text"/>
Séjour dans l'unité de soins continus		
Date		
du <input type="text"/>	au <input type="text"/>	

### 3 A compléter et à confirmer par le médecin ayant ordonné l'hospitalisation ou par l'hôpital

#### 3.1 Motif du séjour

Diagnostic précis

3.2 Quand la maladie  /l'accident  a-t-elle(il) été constaté(e) pour la première fois? (Prière de cocher)

Date

3.3 Le patient a-t-il suivi un traitement médical pour l'affection précitée au cours des quatre dernières années?

Non  Oui, quand

## Remarques

La personne soussignée déclare avoir répondu à toutes les questions de manière complète et conforme à la vérité.

Lieu

Date

Signature du médecin

Timbre du médecin

# Procuration

## Assurance d'indemnités journalières en cas d'hospitalisation

N° de police

### Personne assurée

Prénom

Nom

Date de naissance

Rue, n°

NPA, lieu

### Remarques

La personne soussignée déclare avoir répondu à toutes les questions de manière complète et conforme à la vérité.

Par la signature de ce formulaire, la CSS Assurance est autorisée, en tout temps, à communiquer à des médecins ou autres fournisseurs de prestations, aux assureurs sociaux et privés et aux autorités ou à leurs médecins de sociétés ou médecins-conseils, des renseignements, dans le respect des dispositions légales sur la protection des données, ou bien à recueillir auprès de ceux-ci les renseignements nécessaires à l'évaluation de la couverture d'assurance. Les instances impliquées sont, dans ces cas-là, déliées de leur obligation de garder le secret et de leur secret professionnel vis-à-vis de la CSS Assurance.

La personne soussignée a le droit de demander des renseignements au sujet du traitement des données qui la concernent. L'autorisation de traiter les données peut être révoquée en tout temps.

Entité juridique pour l'assurance de base (LAMal): CSS Assurance-maladie SA, entité juridique pour les assurances complémentaires (LCA): CSS Assurance SA

Lieu

Date

Signature de la personne assurée ou de son représentant légal