



Remarque importante : Ce document doit être remis à votre mutualité avec la facture **originale** du séjour.

Renseignements généraux relatifs à l'enfant hospitalisé

Nom et prénom de l'enfant : _____
Date de naissance : ____ / ____ / ____

Est-il couvert par une police d'assurance ou par un autre organisme pour des garanties de même nature ? : Oui Non Si oui, laquelle : _____

Je demande que les indemnités octroyées par le service soient versées sur le compte suivant :

Veillez coller une vignette de l'enfant

IBAN

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

BIC

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

! Si vous souhaitez être payé sur un compte bancaire belge, veuillez ne remplir que les cases noires avec les informations demandées.
Si vous souhaitez être payé sur un compte étranger, veuillez remplir toutes les cases (noires et grises) avec les informations demandées et/ou joindre votre relevé d'identité bancaire.

Ce compte appartient au titulaire autre (à préciser) : _____ (mandataire, administrateur de biens...)

A compléter si vous n'êtes pas le propriétaire du compte financier :

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____ n° : _____ boîte : _____
Code Postal : _____ Localité : _____
Date de naissance : ____ / ____ / ____ Nationalité : _____ Sexe : F M
Numéro de la carte d'identité : _____ - _____ - _____ NISS : _____ - _____ - _____

Joindre OBLIGATOIREMENT une copie de votre carte d'identité sans quoi l'enregistrement du compte ne sera pas effectif.

Dates du séjour à l'hôpital (un seul séjour par document)

Date d'entrée : ____ / ____ / ____ Date de sortie : ____ / ____ / ____

Accident

L'hospitalisation est-elle la suite d'un accident : Oui Non
Si oui, type d'accident : scolaire vie privée sportif circulation travail chemin du travail
 autre à préciser : _____
Date de l'accident : ____ / ____ / ____ Lieu : _____
Circonstances : _____
Y a-t-il un tiers responsable ? Oui Non Si oui, coordonnées : _____

Le soussigné, agissant tant en son nom personnel qu'en sa qualité de représentant légal de l'enfant, déclare subroger la Mutualité Socialiste du Luxembourg dans tous ses droits à l'encontre de tout tiers responsable, tout assureur et tout organisme tenu au paiement, à concurrence du montant des décaissements consentis par la Mutualité Socialiste du Luxembourg, en ce compris les éventuels montants indus; il reconnaît être informé qu'il ne peut renoncer à un recours sans l'accord écrit et préalable de la MSL.

Je certifie mes déclarations exactes et sincères et donne mon consentement exprès pour que les données médicales relatives au présent dossier soient traitées par la MSL conformément à l'Art. 7 de la loi du 08/12/1992 relative à la protection de la vie privée.

Nom et prénom du représentant légal qui déclare l'hospitalisation : _____
Adresse : _____ n° : _____ boîte : _____
Code postal : _____ Localité : _____
N° de téléphone : _____ Qualité - lien de parenté : _____
Date : ____ / ____ / ____

Signature du demandeur

