

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ENFANT HOSPITALISÉ

Nom et prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Est-il couvert par une police d'assurance ou par un autre organisme pour des garanties similaires ? ☐ oui ☐ non Si oui, précisez laquelle : _____

Compte bancaire pour le versement des indemnités (copie de carte d'identité OBLIGATOIRE):

Numéro de compte IBAN :

_____. _____ . _____ . _____ . _____ . _____ . _____ . _____ . _____

BIC :

Ce compte appartient au ☐ titulaire ☐ autre (précisez - mandataire, administration, ...)

_____. _____

Veuillez coller la vignette rose de l'enfant

A COMPLÉTER SI VOUS N'ÊTES PAS PROPRIÉTAIRE DU COMPTE FINANCIER

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ N° : _____ Boite : _____

Code postal : _____ Localité : _____

DATE DU SÉJOUR À L'HÔPITAL

(un séjour par document)

Date d'entrée : ____ / ____ / ____

Date de sortie : ____ / ____ / ____

ACCIDENT

L'hospitalisation est-elle la suite d'un accident ? ☐ oui ☐ non Si oui, date de l'accident : ____ / ____ / ____

Type d'accident : ☐ scolaire ☐ vie privée ☐ sportif ☐ circulation ☐ travail ☐ chemin du travail ☐ autre : _____

Lieu de l'accident : _____ Circonstances : _____

Tiers responsable ? ☐ oui ☐ non Si oui, coordonnées : _____

Nom et prénom du représentant légal qui déclare l'hospitalisation : _____

Adresse : _____ N° : _____ Boite : _____

Code postal : _____ Localité : _____ Numéro de téléphone : _____

Qualité/lien de parenté : _____

Date : ____ / ____ / ____

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 MSL, 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.

Signature du demandeur