SOcIété Nationale d'Assurance et de Réassurance

Déclaration d'hospitalisation

1. A compléter par l'affilié principal

|……

Nom et prénom

|…… |…… |……..

Numéro de Police Numéro Assuré Téléphone

|……

Adresse

2. A compléter par la personne devant subir un traitement

|…… |……

Nom et prénom Date de naissance

|…… | …… |……..

Hôpital accueillant le malade Téléphone Fax

| ……

Date d'entrée

3. Autre intervention

Une autre Compagnie d'assurance intervient-elle

dans les frais encourus ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, nom et adresse de cette compagnie : ……...

…… .

……...

4. S'il s'agit des conséquences d'un accident

Date de l'accident : ……../……/……

Circonstances :……..

……...

……..

Existe-t-il un procès verbal ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, établi par qui ?…… Numéro de PV ……

Y-a-t-il un responsable ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, quelles sont ses coordonnées ?

|……

Nom et prénom

|…… |……

Adresse Téléphone

Fait à ……, le …….. / …… / ……..

Signature de l'affilié principal

Il est indispensable de faire compléter l'attestation par le médecin.

SONAR : Ouagadougou 01 BP 406 ; Bobo-Dioulasso 01 BP 807
Tél : 50 49 69 00 Fax : 50 30 89 75 Tél : 20 97 00 35 Fax : 20 97 04 51