

Rue Anatole France 8-14
7100 La Louvière

Déclaration sur l'honneur Demande d'intervention hospitalisation

Nom

Prénom

N.I.S.S.

J'atteste par la présente, qu'aucun autre organisme assureur n'est intervenu ou n'interviendra dans le remboursement total ou partiel de la facture datée du

Certifié conforme et sincère*,

A, le

Signature

(Je suis conscient du fait qu'une déclaration fautive ou incomplète peut entraîner des amendes, une sanction administrative ou des poursuites judiciaires sans préjudice d'éventuelles récupérations conformément aux articles 230 à 236 du code pénal social et à l'article 168 quinquies de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.*