



Universitair
Ziekenhuis
Brussel

Assurance

Formulaire de déclaration

*Champs obligatoire

*Date du fait dommageable:/...../.....

*Pré- et nom de famille :

*Date de naissance :

*E-mail :

*Nom de la rue + nr. :

*Code postal +
commune :

Médecin traitant
d'UZ Brussel ?
ET/ OU département
d'UZ Brussel?

Sujet:

Raison de votre plainte
auprès la compagnie
d'assurance d'UZ Brussel

- ☐ Faute médicale
- ☐ Perte/ endommagement des biens
- ☐ Autre

Description du fait dommageable:

**VEUILLEZ ANNEXER AU TANT DE DOCUMENTS QUE POSSIBLE POUR
FAIRE PREUVE DES DÉGÂTS SUBIS OU DE LA VALEUR DES CHOSES
PERDUES OU ENDOMMAGÉES**