Annexe : Formulaire à compléter par l’hôpital « Demande d’examen d’une inscription d’office en qualité de personne à charge d’un nouveau-né »

|  |
| --- |
| **Demande d’examen d’une inscription d’office en qualité de personne à charge d’un nouveau-né**  |
| **Personne qui a mis au monde l’enfant** | **Enfant à inscrire d’office à charge** |
| Compléter ci-dessous ou apposer une vignette de l’O.A.Nom et prénom du titulaire :…………………………………………………. | Nom et prénom:…………………………………………………  |
| Organisme assureur :…………………………………………………. | Numéro RN : …………………………………… |
| Numéro NISS :…………………………………………………. |  |
| Je soussigné, …………………………, déclare que [*nom de la personne qui a mis au monde l’enfant*] : ………………………………..a donné naissance à [*nom de l’enfant à inscrire d’office à sa charge*] : ………………………………………Sur cette base et en vertu de l’article 252, alinéa 2, de l’arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, il vous est demandé d’inscrire d’office cette seconde personne à charge de la première endéans un délai de 20 jours suivant la réception de la présente demande. |
| Cachet de l’hôpital | Date et signature |
|  |