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 | |
|  | | |