

FORMULAIRE DE DECLARATION D'HOSPITALISATION S28/1 F

Renseignements à fournir par la personne hospitalisée ou son représentant légal endéans les 5 jours suivant l'entrée à l'hôpital via fax, e-mail ou par courrier : **DKV Belgium S.A. | Bd Bischoffsheim 1-8 | 1000 Bruxelles**

Mediphone : 32 (0)2 287 64 11 | **Medifax** : 32 (0)2 278 22 22 | **Medimail** : medicard@dkv.be

Attention, vous ne recevrez pas d'accusé de réception.

1) Informations de la personne hospitalisée

N° police : _____		N° d'inscription (si police groupe) : _____	
N° Medi-Card® : 0739 - _____		Date de naissance : / /	
Nom / prénom : _____		Sexe : M / F	
Adresse officielle : _____			
Tél. / GSM : _____		e-mail : _____	
N° IBAN : _____		Code BIC (si étranger) : _____	
Nom du bénéficiaire : _____			
Statut mutualité : <input type="checkbox"/> gros et petits risques		<input type="checkbox"/> sans	
Avez-vous une autre assurance hospitalisation?		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Si oui, nom, adresse et N° police : _____			
			Coller la vignette mutualité

2) Informations au sujet de l'hospitalisation

Nom et site de l'hôpital : _____		Date d'admission : / /	
Hospitalisation de jour (One-day) :		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Type de chambre :		<input type="checkbox"/> chambre privée / 1 lit <input type="checkbox"/> chambre 2 lits <input type="checkbox"/> chambre commune <input type="checkbox"/> salle de plâtre	

3) Raisons de l'hospitalisation

Maladie	Nature précise de la maladie : _____		
			Date 1ère apparition : / /
	Cause de la maladie : _____		
Nature du traitement : _____			
Accident	<input type="checkbox"/> privé <input type="checkbox"/> travail <input type="checkbox"/> scolaire <input type="checkbox"/> sport (membre du club)		Date : / /
			Heure : H
	Nature des lésions : _____		
	Nature du traitement : _____		
	Lieu, causes et circonstances de l'accident : _____		
			Tiers impliqué dans l'accident ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, nom, adresse, n° police et coordonnées de son assureur : _____			
Un procès-verbal a été établi ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Etabli par la police de : _____		N° du PV ou n° de notice : _____	
Divers	<input type="checkbox"/> accouchement* <input type="checkbox"/> insémination artificielle <input type="checkbox"/> stérilisation		
	Si <input type="checkbox"/> traitement esthétique ou <input type="checkbox"/> autre, veuillez remplir la description, cause et nature du traitement		
	Description et cause : _____		
	Nature du traitement : _____		

* Si vous souhaitez assurer également votre enfant, veuillez contacter votre intermédiaire d'assurances ou DKV Belgium S.A.

Vous donnez votre accord explicite avec le traitement de vos données personnelles conformément à la loi belge du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard du traitement des données à caractère personnel, modifiée par la loi du 11 décembre 1998. L'information concernant le traitement des données personnelles au sens propre est accessible online sur le site web de DKV <http://www.dkv.be> sous 'privacy' ou est disponible sur papier par requête adressée à DKV.

Déclaré sincère et véridique, signature + nom du signataire Date : / /
