

FO MULAIRE 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	Coller la vignette mutualité
Avez-vous une autre assurance hospitalisation?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Si oui, nom, adresse et N° police :	_____		

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 : / / _____