

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'admission à l'hôpital

via fax, e-mail ou par courrier : **DKV Belgium S.A.** | Rue de Lozum 25 | 1000 Bruxelles

Téléphone : 32 (0)2 287 64 11 | **Fax** : 32 (0)2 278 22 22 | **E-mail** : medicard@dkv.be

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

1) Informations sur 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.**

Les données à caractère personnel sont traitées par DKV Belgium S.A., dont le siège social est établi à 1000 Bruxelles, Rue de Lozum 25, conformément à la loi belge relative aux traitements de données à caractère personnel et au règlement général 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

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