

FORMULAIRE DE DECLARATION D'HOSPITALISATION

S28/1 F

Renseignements à fournir par la personne hospitalisée ou son représentant légal

A renvoyer à : DKV Belgium S.A. | Bd Bischoffsheim 1-8 | 1000 Bruxelles | Fax: 32 (0)2 278 20 30 | Tél.: 32 (0)2 287 64 11

N° police individuelle

N° police groupe

N° de matricule

Nom / prénom de la personne hospitalisée : _____

Date de naissance: / /

N° IBAN : - - -

Code BIC :

Adresse de la personne assurée : _____

Téléphone : _____ Fax : _____ e-mail : _____

Statut mutualité : gros et petits risques gros risques sans

Assurance complémentaire mutualité ? Oui Non Si oui, nom : _____

Hospitalisation : DU / / 2 0 AU / / 2 0

Hospitalisation en : chambre privée / 1 lit chambre 2 lits chambre commune

Hospitalisation de jour (One-day) en : chambre 1 lit chambre 2 lits chambre commune

Nom, site et adresse de l'institution hospitalière : _____

Nom et adresse du médecin de famille : _____

MALADIE	Nature précise de la maladie :				
	Date de sa première apparition :				
	Causes de la maladie :				
	Nature du traitement :				
ACCIDENT	Nature de l'accident :	<input type="checkbox"/> Privé	<input type="checkbox"/> Travail	<input type="checkbox"/> Scolaire	
	Nature des lésions :				
	Nature du traitement :				
	Date et heure de l'accident :				
	Lieu, causes et circonstances de l'accident :				
	Tierce personne impliquée ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
DIVERS	Raison :	<input type="checkbox"/> Accouchement*	<input type="checkbox"/> Insém. artificielle	<input type="checkbox"/> Stérilisation	<input type="checkbox"/> Traitement esthétique
	Si autre, description et cause :				
	Nature du traitement :				

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

Déclaré sincère et véritable, signature _____

Date:/...../20...