

## 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 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

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

Avez-vous une autre assurance hospitalisation ?  Oui  Non Si oui, nom : \_\_\_\_\_

Hospitalisation : DU   /   /     AU   /   /

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 : \_\_\_\_\_

<b>MALADIE</b>	Nature précise de la maladie :				
	Date de sa première apparition :				
	Causes de la maladie :				
	Nature du traitement :				
	Nature de l'accident :	<input type="checkbox"/> Privé	<input type="checkbox"/> Travail	<input type="checkbox"/> Scolaire	<input type="checkbox"/> Sport (comme membre du club)
	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		
<b>DIVERS</b>	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...