DKV

FORMULAIRE DE DECLARATION D'HOSPITALISATION
S28/1 F

Renseignements à fournir par la personne hospitalisée ou son représentant légal

A renvoyer à : DKV | 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: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ **Compte du bénéficiaire:** ☐☐☐ | ☐☐☐☐☐☐ | ☐☐

Adresse de la personne assurée: _____

_____

Téléphone: _____ **Fax :** _____ **e-mail :** _____

Statut mutuelle : ☐ gros et petits risques ☐ gros risques ☐ sans

Assurance complémentaire mutuelle ? ☐ 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:**	☐ Privé	☐ Travail	☐ Scolaire	
	Nature des lésions:				
	Nature du traitement :				
	Date et heure de l'accident:				
	Lieu, causes et circonstances de l'accident:				
	Tierce personne impliquée ?	☐ Oui	☐ Non		
DIVERS	**Raison:**	☐ Accouchement	☐ Insém. artificielle	☐ Stérilisation	☐ Traitement esthétique
	Si autre, description et cause:				
	Nature du traitement :				

Déclaré sincère et véritable, signature _____

Date: ……/……/20…

Aperçu général, seules les conditions générales, tarifaires d'assurance et les conditions particulières de la police sont d'application

66101_FR_3_200312