

## HOSPITALISATIE AANGIFTE

S28/1 N

**Inlichtingen binnen de 5 dagen na opnamedatum te verstrekken door de patiënt of zijn wettelijke vertegenwoordiger**

Terug te sturen of te faxen aan:

DKV Belgium N.V. | Bischoffsheimlaan 1-8 | 1000 Brussel

Mediphone : 32 (0)2 287 64 11 | Medifax : 32 (0)2 278 22 22 | Medimail : medicard@dkv.be

Individueel polisnummer            Groespolis

Inschrijvingsnummer

Naam / voornaam gehospitaliseerde persoon: \_\_\_\_\_

Geboortedatum:   /   /

IBAN nummer:     -     -     -

BIC code:

Adres verzekerde persoon: \_\_\_\_\_

Telefoonnr.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Statuut ziekenfonds:  grote en kleine risico's  grote risico's  zonder

Heeft u een andere hospitalisatieverzekering?  Ja  Nee Indien ja, naam: \_\_\_\_\_

Hospitalisatie: VAN   /   / **2 0**   TOT   /   / **2 0**

Hospitalisatie in:  eenpersoonskamer  tweepersoonskamer  gemeenschappelijke kamer

Eendagskliniek (One-day clinic) in:  eenpersoonskamer  tweepersoonskamer  gemeenschappelijke kamer

Naam, campus en adres van het ziekenhuis: \_\_\_\_\_

Naam en adres van de huisarts: \_\_\_\_\_

<b>ZIEKTE</b>	Juiste aard van de ziekte:				
	Datum van het eerste optreden:				
	Oorzaak van de ziekte:				
	Aard van de behandeling:				
	Aard van het ongeval:	<input type="checkbox"/> Privé	<input type="checkbox"/> Arbeid	<input type="checkbox"/> School	<input type="checkbox"/> Sport (als clublid)
	Aard van de letsels:				
	Aard van de behandeling:				
	Datum en uur van het ongeval:				
<b>ANDERE</b>	Plaats, oorzaak en omschrijving van het ongeval:				
	Is een derde betrokken bij het ongeval ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee		
	Reden:	<input type="checkbox"/> Bevalling *	<input type="checkbox"/> Kunstmatige bevruchting	<input type="checkbox"/> Sterilisatie	<input type="checkbox"/> Esthetische behandeling
	Indien andere, beschrijving en oorzaak:				
	Aard van de behandeling:				

\* Indien u uw kind wenst aan te sluiten, gelieve uw verzekeringsbemiddelaar of DKV Belgium N.V. te contacteren.

Voor echt verklaard, handtekening \_\_\_\_\_

Datum: ...../...../20...