

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 / / TOT / /

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: _____

ZIEKTE	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:			
ANDERE	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...