

## 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'admission à l'hôpital

via fax, e-mail ou par courrier : **DKV Belgium S.A. | Rue de Lozum 25 | 1000 Bruxelles**

**Téléphone : 32 (0)2 287 64 11 | Fax : 32 (0)2 278 22 22 | E-mail : medicard@dkv.be**

**Attention, vous ne recevrez pas d'accusé de réception.**

### 1) Informations sur la personne hospitalisée

<b>N° police :</b> _____	<b>N° d'inscription (si police groupe) :</b> _____
<b>N° Medi-Card® :</b> 0739 - _____	<b>Date de naissance :</b> / /
<b>Nom / prénom :</b> _____	<b>Sexe :</b> M / F
<b>Adresse officielle :</b> _____	
<b>Tél. / GSM :</b> _____	<b>e-mail :</b> _____
<b>N° IBAN :</b> _____	<b>Code BIC (si étranger) :</b> _____
<b>Nom du bénéficiaire :</b> _____	
<b>Statut mutualité :</b> <input type="checkbox"/> gros et petits risques <input type="checkbox"/> sans	Coller la vignette mutualité
<b>Avez-vous une autre assurance hospitalisation?</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<b>Si oui, nom, adresse et N° police :</b> _____	

### 2) Informations au sujet de l'hospitalisation

<b>Nom et site de l'hôpital :</b> _____	<b>Date d'admission :</b> / /
<b>Hospitalisation de jour (One-day) :</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<b>Type de chambre :</b> <input type="checkbox"/> chambre privée / 1 lit <input type="checkbox"/> chambre 2 lits <input type="checkbox"/> chambre commune <input type="checkbox"/> salle de plâtre	

### 3) Raisons de l'hospitalisation

<b>Maladie</b>	<b>Nature précise de la maladie :</b> _____	<b>Date 1ère apparition :</b> / /
	<b>Cause de la maladie :</b> _____	
	<b>Nature du traitement :</b> _____	
<b>Accident</b>	<input type="checkbox"/> privé <input type="checkbox"/> travail <input type="checkbox"/> scolaire <input type="checkbox"/> sport (membre du club)	<b>Date :</b> / / <b>Heure :</b> H
	<b>Nature des lésions :</b> _____	
	<b>Nature du traitement :</b> _____	
	<b>Lieu, causes et circonstances de l'accident :</b> _____	<b>Tiers impliqué dans l'accident ?</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	<b>Si oui, nom, adresse, n° police et coordonnées de son assureur :</b> _____	
	<b>Un procès-verbal a été établi ?</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	<b>Etabli par la police de :</b> _____	<b>N° du PV ou n° de notice :</b> _____
<b>Divers</b>	<input type="checkbox"/> accouchement* <input type="checkbox"/> insémination artificielle <input type="checkbox"/> stérilisation	
	<b>Si <input type="checkbox"/> traitement esthétique ou <input type="checkbox"/> autre, veuillez remplir la description, cause et nature du traitement</b>	
	<b>Description et cause :</b> _____	
	<b>Nature du traitement :</b> _____	

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

Les données à caractère personnel sont traitées par DKV Belgium S.A., dont le siège social est établi à 1000 Bruxelles, Rue de Lozum 25, conformément à la loi belge relative aux traitements de données à caractère personnel et au règlement général 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

Déclaré sincère et véridique, signature + nom du signataire          Date : / /
---