

HOSPITALISATIE AANGIFTE S28/1 N

Inlichtingen binnen de 5 dagen na opnamedatum te verstrekken door de gehospitaliseerde persoon of zijn wettelijke vertegenwoordiger via fax, e-mail of per post. **Let op**, u ontvangt geen ontvangstbevestiging.

DKV Belgium S.A./N.V. | Bd Bischoffsheimlaan 1-8 | 1000 Bruxelles/Brussel - Tel: 32 (0)2 287 64 11 | Fax: 32 (0)2 278 22 22 | E-mail: medicard@dkv.be
R.P.M./ R.P.R. 0414858607 | Entreprise agréée sous le n° BNB 0739 pour les branches 2 'maladie' et 18 'assistance' | Onderneming toegelaten onder NBB nr. 0739 om de takken 2 'ziekte' en 18 'hulpverlening' te beoefenen | Plaintes / Klachten: quality.control@dkv.be

1) Informatie van de gehospitaliseerde persoon

Polisnr.:	_____	Inschrijvingsnr. (indien groepspolis):	_____
Medi-Card® nr.:	0739 - _____	Geboortedatum / / 20	_____
Naam / voornaam:	_____		Geslacht: M / V
Officieel adres:	_____		
Tel. / GSM:	_____	e-mail:	_____
IBAN nr.:	_____	BIC code (enkel voor buitenlandse rekeningen):	_____
Naam begunstigde:	_____		
Statuut ziekenfonds:	<input type="checkbox"/> grote en kleine risico's	<input type="checkbox"/> zonder	Kleefbriefje
Heeft u een andere hospitalisatieverzekering?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen	
Indien ja, naam, adres en polisnummer:	_____		

2) Informatie omtrent de hospitalisatie

Naam en campus van het ziekenhuis:	_____	Opnamedatum: / / 20	
Eendagskliniek (One-day clinic):	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen	
Kamertype:	<input type="checkbox"/> eenpersoonskamer	<input type="checkbox"/> tweepersoonskamer	<input type="checkbox"/> gemeenschappelijke kamer

3) Reden van hospitalisatie

Ziekte	Juiste aard van de ziekte: _____	Datum 1ste optreden: / / 20
	Oorzaak van de ziekte: _____	
	Aard van de behandeling: _____	
Ongeval	<input type="checkbox"/> privé <input type="checkbox"/> arbeid <input type="checkbox"/> school <input type="checkbox"/> sport (als clublid)	Datum: / / 20 Uur: U
	Aard van de letsels: _____	
	Aard van de behandeling: _____	
	Plaats, oorzaken en omstandigheden van het ongeval: _____	Is er een derde betrokken bij het ongeval? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
	Indien ja, naam, adres, polisnummer en gegevens van zijn verzekeringsmaatschappij: _____	
	Werd er een proces-verbaal opgemaakt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	
	Opgesteld door de politie van: _____	PV -of notitienr.: _____
Andere	<input type="checkbox"/> bevalling* <input type="checkbox"/> kunstmatige bevruchting <input type="checkbox"/> sterilisatie	
	Indien <input type="checkbox"/> esthetische behandeling of <input type="checkbox"/> andere, gelieve de beschrijving, oorzaak en aard in te vullen	
	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.

U geeft uw uitdrukkelijk akkoord met de verwerking van uw persoonsgegevens overeenkomstig de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens zoals laatst gewijzigd door de wet van 11 december 1998. De informatie over de eigenlijke verwerking van persoonsgegevens is online terug te vinden op de website van DKV <http://www.dkv.be> onder 'privacy' of is op verzoek verkrijgbaar op papier bij DKV.

Voor echt verklaard, handtekening + naam van de ondertekenaar

Datum: / / 20