

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: **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

Let op, u ontvangt geen ontvangstbevestiging.

1) Informatie van de gehospitaliseerde persoon

Polisnr.: _____	Inschrijvingsnr. (indien groepspolis): _____
Medi-Card® nr.: 0739 - _____	Geboortedatum / / _____
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 Heeft u een andere hospitalisatieverzekering? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen Indien ja, naam, adres en polisnummer: _____	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;">Kleefbriefje</div>

2) Informatie omtrent de hospitalisatie

Naam en campus van het ziekenhuis: _____	Opnamedatum: / / _____
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 <input type="checkbox"/> gipskamer	

3) Reden van hospitalisatie

Ziekte	Juiste aard van de ziekte: _____	Datum 1ste optreden: / / _____
	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: / / 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 <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: / /