

FORMULAIRE DE DECLARATION D'HOSPITALISATION

S28/1 F

Renseignements à fournir par la personne hospitalisée ou son représentant légal

A renvoyer à : DKV | Bd Bischoffsheim 1-8 | 1000 Bruxelles | Fax: 32 (0)2 278 20 30 | Tél.: 32 (0)2 287 64 11

N° police individuelle N° police groupe

N° de matricule

Nom / prénom de la personne hospitalisée: _____

Date de naissance: / /

Adresse de la personne assurée: _____

Téléphone: _____ Fax : _____ e-mail : _____

Statut mutuelle : gros et petits risques gros risques sans

Assurance complémentaire mutuelle ? Oui Non Si oui, nom :

Hospitalisation : DU / / AU / /

Hospitalisation en: chambre privée / 1 lit chambre 2 lits chambre commune

Hospitalisation de jour (One-day) en : chambre 1 lit chambre 2 lits chambre commune

Nom, site et adresse de l'institution hospitalière: _____

Nom et adresse du médecin de famille : _____

MALADIE	Nature précise de la maladie:				
	Date de sa première apparition:				
	Causes de la maladie:				
ACCIDENT	Nature de l'accident:	<input type="checkbox"/> Privé	<input type="checkbox"/> Travail	<input type="checkbox"/> Scolaire	
	Nature des lésions:				
	Nature du traitement :				
	Date et heure de l'accident:				
	Lieu, causes et circonstances de l'accident:				
	Tierce personne impliquée ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
DIVERS	Raison:	<input type="checkbox"/> Accouchement	<input type="checkbox"/> Insém. artificielle	<input type="checkbox"/> Stérilisation	<input type="checkbox"/> Traitement esthétique
	Si autre, description et cause:				
	Nature du traitement :				

Déclaré sincère et véritable, signature _____

Date:/...../20...