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: ☐ grote en kleine risico's ☐ zonder

Heeft u een andere hospitalisatieverzekering? ☐ ja ☐ neen

Indien ja, naam, adres en polisnummer:

_____

Kleefbriefje

2) Informatie omtrent de hospitalisatie

Naam en campus van het ziekenhuis: _____ Opnamedatum: / /

Eendagskliniek (One-day clinic): ☐ ja ☐ neen

Kamertype: ☐ eenpersoonskamer ☐ tweepersoonskamer ☐ gemeenschappelijke kamer

3) Reden van hospitalisatie

Ziekte Juiste aard van de ziekte: _____

_____ Datum 1ste optreden: / /

Oorzaak van de ziekte: _____

Aard van de behandeling: _____

Ongeval ☐ privé ☐ arbeid ☐ school ☐ 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? ☐ ja ☐ neen

Indien ja, naam, adres, polisnummer en gegevens van zijn verzekeringsmaatschappij: _____

_____

Werd er een proces-verbaal opgemaakt? ☐ ja ☐ neen

Opgesteld door de politie van: _____ PV -of notitienr.: _____

Andere ☐ bevalling* ☐ kunstmatige bevruchting ☐ sterilisatie

Indien ☐ esthetische behandeling of ☐ 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: / /

66101_NL_9_201509