

## 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. | Loksumstraat 25 | 1000 Brussel**

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

**Let op**, u ontvangt geen ontvangstbevestiging.

### 1) Informatie van de gehospitaliseerde persoon

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

### 2) Informatie omtrent de hospitalisatie

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

### 3) Reden van hospitalisatie

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

**\* Indien u uw kind wenst aan te sluiten, gelieve uw verzekeringsbemiddelaar of DKV Belgium N.V. te contacteren.**

Persoonlijke gegevens worden verwerkt door DKV Belgium N.V., met maatschappelijke zetel te Loksumstraat 25, 1000 Brussel in overeenstemming met de Belgische wet betreffende de verwerking van persoonsgegevens en de algemene verordening 2016/679 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens.

Voor echt verklaard, handtekening + naam van de ondertekenaar
Datum: / /