HOSPITALISATIE AANGIFTE
S28/1 N

Inlichtingen te verstrekken door de gehospitaliseerde persoon of zijn wettelijke vertegenwoordiger

Terugsturen naar : DKV Belgium S.A./N.V. | Bischoffsheimlaan 1-8 | 1000 Brussel | Fax: **02 278 20 30** | Tel.: **02 287 64 11**

☐ **Individueel polisnummer** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐ **Groepspolis** ☐☐☐☐☐☐☐☐

Matrikelnummer ☐☐☐☐☐☐☐

Naam / voornaam gehospitaliseerde persoon: _____

Geboortedatum: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ **Bankrekening begunstigde:** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Adres verzekerde persoon: _____

Telefoonnr.: _____ **Fax:** _____ **e-mail:** _____

Mutualiteitstatus: ☐ grote en kleine risico's ☐ grote risico's ☐ zonder

Aanvullende verzekering mutualiteit ? ☐ Ja ☐ Nee **Indien ja, naam:** _____

Hospitalisatie: **VAN** ☐☐ / ☐☐ / 2 0 ☐☐ **TOT** ☐☐ / ☐☐ / 2 0 ☐☐

Hospitalisatie in: ☐ eenpersoonskamer ☐ tweepersoonskamer ☐ gemeenschappelijke kamer

Eendagskliniek (One-day clinic) **in:** ☐ eenpersoonskamer ☐ tweepersoonskamer ☐ gemeenschappelijke kamer

Naam, campus en adres van het ziekenhuis: _____

Naam en adres van de huisarts: _____

ZIEKTE	**Juiste aard van de ziekte:**				
	Datum van het eerste optreden:				
	Oorzaak van de ziekte:				
	Aard van de behandeling:				
ONGEVAL	**Aard van het ongeval:**	☐ Privé	☐ Arbeid	☐ School	
	Aard van de letsels:				
	Aard van de behandeling:				
	Datum en uur van het ongeval:				
	Plaats, oorzaak en omschrijving van het ongeval:				
	Is een derde betrokken bij het ongeval ?	☐ Ja	☐ Nee		
ANDERE	**Reden:**	☐ Bevalling	☐ Kunstmatige bevruchting	☐ Sterilisatie	☐ Esthetische behandeling
	Indien andere, beschrijving en oorzaak:				
	Aard van de behandeling:				

Voor echt verklaard, handtekening _____

Datum: ……/……/20…

66.101_NL_4_200402

Een onderneming van de ERGO verzekeringsgroep. Ondernemingtoegelaten onder nr. 0739 om de tak 2 -ziekte- te beoefenen. - Une entreprise du groupe d'assurances ERGO. Entreprise agréée sous le n° 0739 pour la branche 2 -maladie-.