

## 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:   /   /     Compte du bénéficiaire:

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   /   / **2 0**   AU   /   / **2 0**

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 : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

<b>MALADIE</b>	Nature précise de la maladie:				
	Date de sa première apparition:				
	Causes de la maladie:				
	Nature du traitement :				
<b>ACCIDENT</b>	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		
<b>DIVERS</b>	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...