



Hospitalisatiecontract
Bij een andere maatschappij

POLISNUMMER

MATRIKELNUMMER

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MECANONUMMER

Attest laten invullen door vorige verzekerder en terugsturen naar:	CDSCA – Hosp Vzk DKV KWARTIER KONIGIN ASTRID BRUYNSTRAAT – BLOK F0 1120 BRUSSEL
--	--

GEGEVENS VERZEKERDEN

NAAM / VOORNAAM	GEBOORTEDATUM	BEGINDATUM	EINDDATUM	CLAUSULE
				Ja/nee
				Ja/nee
				Ja/nee
				Ja/nee
				Ja/nee
				Ja/nee
				Ja/nee

CONTRACTVOORWAARDEN

- Maximale tussenkomst (x ZIV) 1
 2
 3
 4
 onbeperkt
 andere :
- Hospitalisatie Pre maanden:
 Post maanden:
- Zware ziekten ja aantal:
 neen

Ondergetekende, verklaart dat bovenvermelde verzekerde(n) een contract heeft (hebben) bij maatschappij:

_____ (naam maatschappij)

DATUM:

NAAM,

HANDTEKENING,

STEMPEL MAATSCHAPPIJ