

# DKV Luxembourg S.A.

Service Remboursements

11-13, rue Jean Fischbach, L-3372 Leudelange  
R.C. Luxembourg B 45 762, Société Anonyme  
T +352/42 64 64-1  
F +352/42 64 64-250  
E-Mail : info@dkv.lu / claims@dkv.lu

DKV Luxembourg S.A., B.P. 845, L-2018 Luxembourg

## DEMANDE DE PRISE EN CHARGE - HOSPITALISATION - LUXEMBOURG

No d'assurance	Prénom Nom	Date de naissance
----------------	------------	-------------------

No de téléphone
-----------------

### Durée probable du séjour

du	au
----	----

### Diagnostic ou code ICD

<input type="checkbox"/> .....
<input type="checkbox"/> Accouchement

<p><b>Nom de l'hôpital :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Hôpital Kirchberg</p> <p><input type="checkbox"/> Clinique Bohler</p> <p><input type="checkbox"/> Zithaklinik</p> <p><input type="checkbox"/> Centre Hospitalier de Luxembourg</p> <p><input type="checkbox"/> Centre Hospitalier Emile Mayrisch Site Esch/Alzette</p> <p><input type="checkbox"/> Centre Hospitalier Emile Mayrisch Site Niedercorn</p> <p><input type="checkbox"/> Centre Hospitalier Emile Mayrisch Site Dudelange</p> <p><input type="checkbox"/> Centre Hospitalier du Nord</p> <p><input type="checkbox"/> Clinique St. Marie</p>
--

Hospitalisation suite à un accident <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Date de l'accident.....
Tiers responsable <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Intervention esthétique <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, veuillez nous faire parvenir : <ul style="list-style-type: none"><li>• Accord /Refus CNS</li><li>• Rapport médical</li><li>• Devis détaillé</li></ul>

Lieu / Date

Signature Clinique ou client / tampon