

SCHADE-AANGIFTEFORMULIER

I. Algemene gegevens verzekerde

Vul hieronder uw gegevens in of plak een groen klevertje:

Naam:

Voor naam:

Straat: Nummer: Bus:

Postcode: Gemeente:

Rijksregisternr.: GSM / Telefoonnr.:

E-mail:

Rekeningnummer waarop de tussenkomst mag gestort worden:

IBAN:

Kruis aan welke verzekering(en) u heeft:

HOSPIPLAN HOSPIPLUS HOSPICONTINU HOSPIFORFAIT AMBUPLAN AMBUPLUS

II. Gegevens met betrekking tot de tussenkomst

Hospitalisatie

Ziekenhuis: te

Opgenomen van: 202 tot 202

Behandelende arts in het ziekenhuis:

Reden van hospitalisatie (aankruisen wat past)

Ziekte of heelkundige ingreep

Korte omschrijving van de aandoening:

Psychiatrie

Reden opname:

Bevalling **Zwangerschapscomplicatie**

Welke zwangerschapscomplicatie?

Geen hospitalisatie (ambulante behandeling ernstige ziekte): **AMBUPLAN** **AMBUPLUS** (aankruisen wat past)

Korte omschrijving van de ziekte:

Vóór- en nazorg HospiPlus

Betreft hospitalisatie van 202 tot 202



Ongeval

Datum van het ongeval: 2|0|2| uur:

Aard van het ongeval: Thuis Verkeer Sport Werk School Andere:

Hoe gebeurde het ongeval?

Welke letsels werden vastgesteld?

Werd er een procesverbaal opgemaakt? ja nee

Zo ja, door wie? PV Nr.:

Werd er een bloedproef of alcoholtest uitgevoerd? ja nee

Is er een derde verantwoordelijk voor het ongeval? ja nee

Zo ja, naam en adres:

Was u op het ogenblik van het ongeval in dienst van een werkgever of vennootschap of op weg van of naar het werk?
 ja nee

Heeft u voor dit ongeval recht op een tussenkomst van een verzekeringsmaatschappij? ja nee

Zo ja, vermeld:

naam van de maatschappij:

polisnummer:

III. Verklaringen en toestemmingen

a. Ik verklaar dat de verstrekte informatie op deze aangifte juist en volledig is.

b. Kruis het volgende vakje aan als blijkt van uw toestemming met de verwerking van uw persoonsgegevens. Uw rechten worden beschreven in de privacyverklaring die u kan raadplegen op www.hospiplus.be.

Ik geef de VMOB HospiPlus de toestemming om mijn gezondheidsgegevens te verwerken met het oog op en in het kader van het verlenen en het beheren van mijn verzekeringsovereenkomst.

Ik geef de VMOB HospiPlus de toelating om, indien nodig, de gegevens van terugbetalingen die gebeuren in het kader van de wettelijke en aanvullende ziekteverzekering aan mijn ziekenfonds op te vragen, met het oog op een correcte en snelle afhandeling van mijn schade-aangifte.

Ik geef de VMOB HospiPlus de toelating om de details van de facturatie op te vragen aan het ziekenhuis en aan de zorgverleners.

In geval van een ongeval waarvoor iemand anders verantwoordelijk is, geef ik de VMOB HospiPlus de toelating om alle uitgaven terug te vorderen van de verantwoordelijke derde of diens verzekeraar (subrogatie van alle rechten).

Opgelet: indien u dit vakje niet hebt aangekruist, kunnen wij uw dossier niet verwerken.

c. HospiPlus gebruikt uw persoonsgegevens overeenkomstig de verordening 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van Richtlijn 95/46/EG (algemene verordening gegevensbescherming). Meer informatie vindt u ook in onze privacyverklaring (www.hospiplus.be).

d. Ik ben op de hoogte van het gegeven dat ik elke klacht over de verzekeringsovereenkomst en/of de uitvoering ervan kan indienen bij de VMOB HospiPlus, Statieplein 12 te 9300 Aalst, klachten@hospiplus.be of bij de Ombudsdienst der Verzekeringen, de Meeûssquare 35 te 1000 Brussel, info@ombudsman.as (www.ombudsman.as).

Opgemaakt te op 2|0|2|

Handtekening van de verzekerde of van de wettelijke vertegenwoordiger:



Onvolledig ingevulde aanvragen worden niet behandeld en dadelijk ter aanvulling teruggestuurd. Dit document met de nodige bewijsstukken opsturen naar **VMOB HospiPlus**, Statieplein 12 - 9300 Aalst - Tel. 053 76 99 79 of info@hospiplus.be