

SCHADE-AANGIFTEFORMULIER MaxiPlan

I. Algemene gegevens verzekerde

Vul hieronder uw gegevens in of plak een groen klevertje:

Naam:

Voornaam:

Straat: Nummer: Bus:

Postcode: Gemeente:

Rijksregisternr.: - GSM / Telefoonnr.:

E-mail:

Rekeningnummer waarop de tussenkomst mag gestort worden:

IBAN:

Bent u gedekt door een andere verzekering medische kosten? ja nee

Zo ja, geef de naam op van de verzekeraar:

II. Gegevens met betrekking tot de tussenkomst

Kruis de reden aan waarvoor u een tussenkomst vraagt en bezorg ons de gevraagde bijkomende documenten of gegevens ter staving van de kosten:

TANDZORGEN

Kruis aan waarvoor u een tussenkomst vraagt:

- kroon stiftand tandextractie tandprothese
 parodontologie tandbrug tandimplantaat

Bijkomend noodzakelijk document: factuur van de tandarts die u heeft behandeld.

ORTHODONTIE

Datum verstrekking	Handtekening + stempel orthodontist	Betaald bedrag
Datum plaatsing: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 0 2 <input type="text"/>		€ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>
Datum 12 ^{de} raadpleging: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 0 2 <input type="text"/>		€ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>



HOORAPPARATEN

Kruis aan waarvoor u een tussenkomst vraagt:

- plaatsing monofonisch hoorapparaat voor één oor
- plaatsing stereofonisch hoorapparaat voor beide oren

Bijkomend noodzakelijk document: factuur van de erkende audioloog die het hoorapparaat heeft geplaatst.

ANTICONCEPTIE

Bijkomend noodzakelijk document: attest van vergoedbare farmaceutische verstrekkingen in het kader van een bijkomende verzekering, afgekort BVAC attest, afgeleverd door uw apotheker bij de aankoop van het anticonceptiemiddel.

GEBORTEFORFAIT

Vul volgende gegevens in:

Geboortedatum:

Naam kind:

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 blijk 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 gegevens van de maximumfactuur op te vragen bij mijn ziekenfonds en te verwerken met het oog op een correcte en snelle betaling van de remgelden waarop ik recht heb conform mijn verzekeringsovereenkomst MaxiPlan.

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.be (www.ombudsman.as).

Opgemaakt te op 202

Handtekening van de verzekerde of van de wettelijke vertegenwoordiger:



Dit document samen met de eventueel bijkomende noodzakelijke documenten sturen naar VMOB HospiPlus, Statieplein 12, 9300 Aalst of afleveren in je vertrouwde ziekenfondskantoor. **Onvolledig ingevulde aanvragen worden niet behandeld en dadelijk ter aanvulling teruggestuurd.**