



Aangifte hospitalisatieverzekering

polisnummer

Volledig in te vullen door de verzekerde

verzekeringnemer

naam

voornaam

straat en nummer

postnummer

deelgemeente

fusiegemeente

verzekerde / gehospitaliseerde

naam

voornaam

straat en nummer

postnummer

gemeente

geboortedatum

betaling via rekeningnr.

op naam van

telefoonnummer

ziekenhuisopname

Datum van opname: _____ tot en met _____

Reden van opname: ongeval ziekte bevalling zwangerschap

In geval van ongeval:

a Datum en uur: _____

b Aard en omstandigheden van het ongeval (arbeidsongeval, school-, sportongeval, ...): _____

c Eventuele tegenpartij:

Naam: _____

Adres: _____

Verzekeringsmaatschappij: _____

Polisnummer: _____

d Werd er een proces-verbaal opgemaakt? ja neen

Zo ja, door wie? _____ PV nr.: _____

huisarts

naam

voornaam

straat en nummer

postnummer

gemeente

telefoonnummer

Sinds wanneer: _____ Is uw huisarts op de hoogte van deze behandeling? ja neen

Verklaring

De verzekerde bevestigt de juistheid van de in deze verklaring opgenomen inlichtingen, zelfs indien ze niet met eigen hand geschreven zijn. Hij verbindt zich ertoe de maatschappij al de aanvullende gegevens te verstrekken zodra deze hem ter kennis gebracht zijn.

Elke verzwijging of valse verklaring kan, onverminderd de eventuele rechtsvervolgingen, het verval van het recht op schadevergoedingen of de verplichting tot het terugbetalen van de uitgekeerde schadevergoeding tot gevolg hebben.

Verklaring overeenkomstig de Wet van 8 december 1992 ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens: Ondergetekende verklaart hierbij toestemming te verlenen aan Fidea nv om zijn/haar persoonsgegevens die de gezondheid betreffen, te verwerken. Deze verwerking is noodzakelijk voor het beheer van de verzekeringsovereenkomst en de afhandeling van het schadedossier.

In geval van geschil in verband met dit contract, kan de verzekeringnemer een beroep doen op de ombudsman van de Beroepsvereniging der Verzekeringsondernemingen (BVVO), de Meeûsplantsoen 29, 1000 Brussel.

Mededeling overeenkomstig de Wet van 8 december 1992 ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens: de gegevens die op u betrekking hebben, worden opgenomen in bestanden die gehouden worden om de verzekeringsovereenkomsten te kunnen opstellen, te beheren en uit te voeren.

De verantwoordelijke voor de verwerking is Fidea nv, Van Eycklei 14, 2018 Antwerpen. U kunt van deze gegevens kennis nemen en ze indien nodig doen verbeteren. Alle oplichting of poging tot oplichting van de verzekeringsmaatschappij brengt niet alleen de opzegging van de verzekeringsovereenkomst mee, maar wordt ook strafrechtelijk vervolgd op grond van artikel 496 van het Strafwetboek.

De betrokkene zal bovendien opgenomen worden in het bestand van het Economisch Samenwerkingsverband Datassur, dat de speciaal op te volgen verzekeringsrisico's ter herinnering brengt aan de aangesloten leden-verzekerders.

Naam: _____ Handtekening verzekerde,

Datum: _____

MEDISCH GETUIGSCHRIFT

polisnummer

naam en voornaam van de verzekerde/gehospitaliseerde

geboortedatum

U mag dit attest zelf invullen indien u zelf over de nodige gegevens beschikt. Zoniet laat u dit beter door uw huisarts of uw behandelende arts invullen.

1. Aard van de verwondingen of ziekte

2. Begindatum van de ziekteverschijnselen

3. Wanneer bent u/is de verzekerde voor het eerst in behandeling geweest voor deze aandoening?

Aard van de behandeling:

Periode:

Zijn er opvolgsonderzoeken geweest? (jaarlijks, maandelijks, ...) ja neen

Zo ja, wanneer?

Is er een verband met een chronische aandoening? ja neen

Zo ja, specificeer:

geneesheer (indien ingevuld door arts)

naam

voornaam

straat en nummer

postnummer

gemeente

telefoonnummer

Datum: Handtekening en stempel,

De verzekeraars zijn voortaan extra waakzaam om fraude op te sporen ...



... u die te goeder trouw bent, kunt op ons rekenen.

Help ons misbruik te voorkomen.