



Vlaamse Neutrale Ziekenfondsen

U W V R I J H E I D , U W Z E K E R H E I D

*HospiPlan & AmbuPlan
HospiPlus & AmbuPlus
HospiContinu
HospiForfait*

AANSLUITINGSVERKLARING

Ik ondergetekende, _____, wens mijzelf en de hieronder vermelde personen, aan te sluiten bij de VMOB Objectief Gezondheid Vlaanderen bij de formule:

(aankruisen wat past)

- HospiPlan & AmbuPlan HospiPlan AmbuPlan
 HospiPlus & AmbuPlus HospiPlus AmbuPlus
 HospiContinu (kopie attest verzekering werkgever toevoegen a.u.b.).
 HospiForfait: Formule 1 (€ 50/dag) Formule 2 (€ 25/dag) Formule 3 (€ 12,25/dag)

Betalingswijze: (aankruisen wat past)

- via uw bestaande domiciliëringsopdracht bij uw ziekenfonds per kwartaal
 via een nieuwe domiciliëringsopdracht per kwartaal
 via een overschrijvingsformulier per jaar

Indien u gebruik wenst te maken van een nieuwe domiciliëringsopdracht sturen wij u een bericht van domiciliëring.

Vul hieronder al de namen in van de aan te sluiten gezinsleden. Vanaf het vierde kind is geen bijdrage meer verschuldigd. Breng een groen klevertje aan op de keerzijde voor elk van de aan te sluiten personen.

Naam: _____

Voornaam: _____ Geboortedatum: ____/____/____

Telefoon, GSM: _____ E-mail: _____

Echtgenote, kinderen of andere personen ten laste

Naam: _____ Voornaam: _____ Geboortedatum: _____

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Ik bevestig dat al deze personen deel uitmaken van mijn gezin en woonachtig zijn te:

Straat: _____ Nr.: _____ Bus: _____

Postnummer: _____ Gemeente: _____

Door de ondertekening van deze aanvraag, verklaar ik kennisgenomen te hebben van de informatie over de bescherming van het privé-leven, die op de keerzijde van dit document vermeld staat. Ik verbind mij er tevens toe de statuten van de VMOB Objectief Gezondheid Vlaanderen te aanvaarden en na te leven. Als bijlage, voeg ik een medische vragenlijst per kandidaat-lid gericht aan de raadgevend geneesheer van de VMOB.

Opgemaakt te _____ op ____/____/20__

Handtekening van de aanvrager,

Gelieve de aansluitingsverklaring en de medische vragenlijst af te geven op uw plaatselijk ziekenfondskantoor of op te sturen naar :

VMOB OBJECTIEF GEZONDHEID VLAANDEREN
HospiPlan & AmbuPlan - HospiPlus & AmbuPlus -
HospiContinu - HospiForfait
Statieplein 12 - 9300 AALST
Tel. 078 15 23 10 of info@hospiplus.be

In te vullen door het ziekenfonds:

Aanvangsdatum: |0|1|/|_|_|/|2|0|1|

- Geen verzekering: steeds medische vragenlijst invullen
 Overname vorig ziekenfonds: geen medische vragenlijst bewijs aansluiting toegevoegd wordt nog bezorgd
 Overname privé-polis: medische vragenlijst invullen
 Opgelet! Beperking voor bestaande aandoening
 bewijs aansluiting toegevoegd wordt nog bezorgd

Gelieve een groen klevertje aan te brengen voor elk van de aan te sluiten personen.

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	

HospiPlan & AmbuPlan - HospiPlus & AmbuPlus - HospiContinu - HospiForfait hospitalisatieverzekeringsformules van de Vlaamse Neutrale Ziekenfondsen

Krachtens artikel 4 van de wet van 8 december 1992 op de bescherming van het privé-leven, delen wij u mee dat de persoonlijke gegevens die bij u ingewonnen worden, verzameld worden in het kader van de statuten van de VMOB Objectief Gezondheid Vlaanderen, Statieplein 12 te 9300 Aalst.

U hebt het recht om kennis te nemen van uw geregistreerde persoonlijke gegevens en u kunt deze gegevens eventueel door de VMOB laten rectificeren, overeenkomstig de regels van de KB's van 7 september 1993 en mits betaling van de hierin vermelde heffing.

Voor alle nadere inlichtingen over onze geautomatiseerde verwerkingen, kunt u terecht bij de Commissie voor de bescherming van het privé-leven, overeenkomstig de door de Koning vastgestelde modaliteiten.

Tijdens de duur van het contract verbindt de verzekeringsnemer zich ertoe elke wijziging van woonplaats, bankrekeningnummer, gezinstoestand of burgerlijke staat mee te delen aan de VMOB.