

Werd er een bloedproef of alcoholtest uitgevoerd ? ja neen

Is er een derde verantwoordelijk voor het ongeval ? ja neen

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 neen

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

Zo ja, vermeld:

- naam van de maatschappij:

- polisnummer:

Geen hospitalisatie (ambulante behandeling ernstige ziekte): **AmbuPlan** **AmbuPlus** (aankruisen wat past)

Korte omschrijving van de ziekte:

.....

Naam en adres van de huisarts:

.....

Vóór- en nazorg HospiPlus:

Betreft hospitalisatie van []/[]/[2|0|] tot []/[]/[2|0|1|]

- Ik verbind mij er toe op eenvoudige vraag alle documenten te bezorgen die betrekking hebben op het hierboven aangegeven schadegeval. Het is mij bekend dat een onjuiste of bedrieglijke verklaring aanleiding kan geven tot terugvordering van de ontvangen tussenkomsten en tot toepassing van sancties.
- Ik geef mijn behandelende arts de toelating om aan de raadgevend geneesheer van de VMOB alle inlichtingen te verstrekken i.v.m. mijn gezondheidstoestand. Bij de behandeling van de medische gegevens is de VMOB gehouden het medisch geheim strikt te respecteren.
- Hierbij verklaart de gerechtigde van de verzekering uitdrukkelijk en tot het verschuldigde beloop, subrogatie te verlenen aan **VMOB Objectief Gezondheid Vlaanderen**, voor al zijn rechten ten aanzien van elke verantwoordelijke voor dit schadegeval, met inbegrip van elke verzekeraar.
- Ik bevestig op mijn eer dat deze verklaring oprecht en naar mijn weten volledig is.
Ik verleen machtiging aan de diensten HospiPlan / AmbuPlan - HospiPlus / AmbuPlus, HospiContinu en HospiForfait om een eventuele gedetailleerde opgave van de facturatie op te vragen aan het ziekenhuis of aan de medische hulpverleners.
- Tijdens de duur van het contract verbindt de verzekeringsnemer zich ertoe elke wijziging van woonplaats, bankrekeningnummer, gezinstoestand, burgerlijke staat, etc.. mee te delen aan de VMOB.

Opgemaakt te [] op []/[]/[2|0|1|]

Handtekening,

DIT DOCUMENT MET DE BENODIGDE BEWIJSSTUKKEN OPSTUREN NAAR

VMOB Objectief Gezondheid Vlaanderen

Statieplein 12 - 9300 AALST

Meer info: tel. 078 15 23 10 of info@hospiplus.be