

E-post: hospitalisatie@vnz.be
Telefoon: 015 – 36 90 40

SCHADEAANGIFTEFORMULIER HOSPIFORFAIT

Vak voorbehouden aan de ziekenfondsadministratie

Datum ontvangst schadeaanfite: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Vrijstelling: <input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> 3 ligdagen
Waarborgformule: <input type="checkbox"/> € 25 <input type="checkbox"/> € 12,50 <input type="checkbox"/> €	Uit te keren vergoeding: € <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> , <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
Beperkte dekking: <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja,	Datum betaling: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
Aantal dagen ziekenhuisopname: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Betalingsnummer: <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>

Verklaring van ziekenhuisopname

Persoonlijke gegevens:

Naam: Voornaam:
 Telefoonnummer: GSM:
 Rekeningnummer: - -

Hospitalisatie:

Ziekenhuis:..... te
 opgenomen van tot

Reden van hospitalisatie: (aankruisen wat past)

Ziekte

Aard van de aandoening:
 Naam, adres en telefoon van de behandelende arts:
 Wanneer raadpleegde u voor de eerste maal uw arts voor deze ziekte?

Ongeval

Datum van het ongeval: Uur:..... Plaats:
 Aard van het ongeval: school thuis werk sport verkeer andere
 Korte beschrijving van het ongeval:.....
 Welke letsels werden vastgesteld?
 Werde er een proces verbaal opgemaakt? ja / neen*
 Zo ja, door wie? PV
 Werde er een bloedproef of alcoholtest uitgevoerd? ja / neen*
 Is er een derde verantwoordelijk voor het ongeval? ja / neen*
 Zo ja, naam en adres:.....

Bevalling

Andere reden (revalidatie, geriatrie, psychiatrie):

Ik stel alle medische rapporten en alle inlichtingen die noodzakelijk zijn als bewijs van recht op uitkering in het kader van de voorgestelde waarborg ter beschikking van het Vlaams & Neutraal Ziekenfonds (203). Ik neem ter kennis dat deze mij kunnen gevraagd worden en dat de niet-naleving van hetgeen voorafgaat het ziekenfonds ontslaat van haar statutaire verplichting.

* schrappen wat niet past

Datum: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Handtekening lid:	Gelieve een klever van het ziekenfonds aan te brengen.
---	---