



Vlaamse Neutrale Ziekenfondsen

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

SCHADE-AANGIFTEFORMULIER

*HospiPlan
HospiPlus
HospiContinu*

Onvolledig ingevulde aanvragen worden niet behandeld en dadelijk ter aanvulling teruggestuurd.

PATIENT :

Naam :

Voornaam :

Straat : Nr. : Bus

Postnr. : Gemeente :

Rijksregisternummer : - -

Telefoonnummer :

Kleef hier een groen klevertje

Rekeningnummer waarop de tussenkomst mag gestort worden : - -

Schade-aangifteformulier bestemd voor de dienst (aankruisen wat past):

HOSPIPLAN-HOSPIPLUS

HOSPICONTINU

HOSPITALISATIE :

Ziekenhuis : te

Opgenomen van : / / tot / /

Behandelende arts in het ziekenhuis :

REDEN VAN HOSPITALISATIE : (aankruisen wat past)

Ziekte of heelkundige ingreep

Korte omschrijving van de aandoening :

.....
.....

Bevalling

Zwangerschapscomplicatie

Welke ?

.....

Andere redenen :

Korte omschrijving :

.....

Ongeval :

Datum van het ongeval : / / uur :

Aard van het ongeval : school thuis werk sport verkeer andere :

Hoe gebeurde het ongeval ?

.....

Welke letsels werden vastgesteld ?

.....

Werd er een procesverbaal opgemaakt ? ja neen

Zo ja, door wie ? PV Nr. :

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) :

Korte omschrijving van de ziekte :
.....

Naam en adres van de huisarts :
.....

Vóór- en nazorg HospiPlus :

Betreft hospitalisatie van []/[]/[20] tot []/[]/[20]

- 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 M.O.B. alle inlichtingen te verstrekken i.v.m. mijn gezondheidstoestand. Bij de behandeling van de medische gegevens is de M.O.B. gehouden het medisch geheim strikt te respecteren.
- Hierbij verklaart de gerechtigde van de verzekering uitdrukkelijk en tot het verschuldigde beloop, subrogatie te verlenen aan **M.O.B. 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 - HospiPlus en HospiContinu om een eventuele gedetailleerde opgave van de facturatie op te vragen aan het ziekenhuis of aan de medische hulpverleners.

Opgemaakt te [] op []/[]/[20]

Handtekening,

DIT DOCUMENT MET DE BENODIGDE BEWIJSSTUKKEN OPSTUREN NAAR

M.O.B. Objectief Gezondheid Vlaanderen

Statieplein 12 - 9300 AALST

Meer info: tel. 078-15 23 10