

SCHADE-AANGIFTEFORMULIER MaxiPlan

I. Algemene gegevens verzekerde

Vul hieronder uw gegevens in of plak een groen klevertje:

Naam:

Voornaam:

Straat: Nummer: Bus:

Postcode: Gemeente:

Geboortedatum: Telefoonnummer:

E-mail:

Rekeningnummer waarop de tussenkomst mag gestort worden:

IBAN:

Bent u gedekt door een andere verzekering medische kosten? ja nee

Zo ja, geef de naam op van de verzekeraar:

II. Gegevens met betrekking tot de tussenkomst

Kruis de reden aan waarvoor u een tussenkomst vraagt en bezorg ons de gevraagde bijkomende documenten of gegevens ter staving van de kosten:

TANDZORGEN

Kruis aan waarvoor u een tussenkomst vraagt:

- kroon stiftand tandextractie tandprothese
 parodontologie tandbrug tandimplantaat

Bijkomende noodzakelijke documenten: origineel of kopie van uw factuur en van het document dat ingevuld werd door uw behandelende tandarts en ingediend werd bij uw ziekenfonds in het kader van de tussenkomsten van de aanvullende verzekering. De tussenkomst van het MaxiPlan wordt aanvullend verstrekt na de tussenkomst 'tandzorgen' door uw ziekenfonds.

ORTHODONTIE

Datum verstrekking	Handtekening + stempel orthodontist	Betaald bedrag
Datum plaatsing: <input type="text"/>		€ <input type="text"/>
Datum 12 ^{de} raadpleging: <input type="text"/>		€ <input type="text"/>

HOORAPPARATEN

Kruis aan waarvoor u een tussenkomst vraagt:

- plaatsing monofonisch hoorapparaat voor één oor
- plaatsing stereofonisch hoorapparaat voor beide oren

Bijkomend noodzakelijk document: factuur van de erkende audioloog die het hoorapparaat heeft geplaatst.

ANTICONCEPTIE

Bijkomend noodzakelijk document: attest van vergoedbare farmaceutische verstrekkingen in het kader van een bijkomende verzekering, afgekort BVAC attest, afgeleverd door uw apotheker bij de aankoop van het anticonceptiemiddel.

GEBORTEFORFAIT

Vul volgende gegevens in:

Geboortedatum:

Naam kind:

III. Verklaringen

- a. Ik verklaar dat de verstrekte informatie op deze aangifte juist en volledig is.
- b. Ik geef de VMOB HospiPlus de toelating om mijn persoonsgegevens te verwerken met het oog op en in het kader van het verlenen en het beheer van verzekeringsdiensten in het algemeen, overeenkomstig de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens (privacywet).
Ik heb toegang tot mijn persoonsgegevens en kan de VMOB HospiPlus verzoeken om de rechtzetting van onjuiste gegevens en de weglating van gegevens waarvan de verwerking verboden is.
Ik heb het recht mij te verzetten tegen het verwerken van mijn persoonsgegevens voor 'direct marketing' doeleinden door dit vakje aan te kruisen.
- c. Ik geef de VMOB HospiPlus de toelating om, indien nodig, de gegevens van terugbetalingen die gebeuren in het kader van de wettelijke en aanvullende ziekteverzekering aan mijn ziekenfonds op te vragen, met het oog op een correcte en snelle afhandeling van mijn schade-aangifte.
- d. Ik ben op de hoogte van het gegeven dat ik elke klacht over de verzekeringsovereenkomst en/of de uitvoering ervan kan indienen bij de VMOB HospiPlus, Statieplein 12 te 9300 Aalst, klachten@hospiplus.be of bij de Ombudsdienst der Verzekeringen, de Meeûssquare 35 te 1000 Brussel, info@ombudsman.be (www.ombudsman.as).
- e. Ik geef de VMOB HospiPlus de toelating om de gegevens van de maximumfactuur op te vragen bij mijn ziekenfonds en te verwerken met het oog op een correcte en snelle betaling van de remgelden waarop ik recht heb conform mijn verzekeringsovereenkomst MaxiPlan.

Opgemaakt te op 20

Handtekening van de verzekerde of van de wettelijke vertegenwoordiger:

Dit document samen met de eventueel bijkomende noodzakelijke documenten sturen naar VMOB HospiPlus, Statieplein 12, 9300 Aalst of afleveren in je vertrouwde ziekenfondskantoor. **Onvolledig ingevulde aanvragen worden niet behandeld en dadelijk ter aanvulling teruggestuurd.**