



VMOB Hospitaal-Plus, verzekeringsmaatschappij
van onderlinge bijstand, toelatingsnummer verzekeringsonderneming 450/01
Maatschappelijke zetel: Livornostraat 25 – 1050 Brussel
KBO-nummer: 0471.459.194

Datum ontvangst:

Aanvraag tot tegemoetkoming HPLUS 100/200/Franchise

Gegevens in te vullen door de verzekerde of de wettelijke vertegenwoordiger

Bezorg dit document samen met de originele facturen, medisch attest en het hospitalisatieverslag aan uw ziekenfonds.
De verplicht in te vullen velden zijn aangeduid met een (*).

Persoonlijke gegevens

Vul in of breng een blauwe klever aan:

Rijksregisternummer (*): _____
Naam + voornaam (*): _____
Straat + nummer (*): _____
Postcode + gemeente (*): _____

Telefoon: _____

GSM: _____

E-mail: _____

Indien u de betaling wenst te ontvangen op een ander rekeningnummer dan hetgeen gekend is bij het ziekenfonds, gelieve dit dan hier in te vullen. Het ingevulde rekeningnummer zal in de toekomst altijd gebruikt worden voor uw tegemoetkomingen Hospitaal-Plus. Het is niet mogelijk eenmalig een terugbetaling te laten uitvoeren op een ander rekeningnummer.

IBAN:

BIC:

Bent u gedekt door een andere hospitalisatieverzekering? (*)

JA NEEN

Naam van de verzekeraar (*): _____ Polisnummer (*): _____

Aanleiding van uw aanvraag tot tegemoetkoming (*):

Ziekenhuisopname met overnachting, naar aanleiding van:

- Ziekte
- Zwangerschap
- Ongeval
- Esthetische ingreep

Ziekenhuisopname zonder overnachting:

- Met heelkundige ingreep
- Zonder heelkundige ingreep

Behandeling zonder opname van een ernstige ziekte, namelijk _____

Duur van de opname of behandeling (*): van / / tot / /

Bijkomende gegevens in geval van ziekenhuisopname naar aanleiding van een ongeval (verplicht volledig in te vullen als er sprake is van een ongeval)

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

Indien sportongeval: welke sport? _____

Datum van het ongeval: _____

Bent u voor het ongeval gedekt door een andere verzekering? JA NEEN

Bent u zelf verantwoordelijk voor het ongeval? JA NEEN

- Indien niet, wat is de naam van de verantwoordelijk derde? _____
- Wie is de verzekeraar van de verantwoordelijke derde? _____

Toestemming verwerking persoonsgegevens

(Enkel voor wie nog geen toestemming gaf bij aansluiting of voor wie twijfelt of de toestemming reeds werd gegeven)

Kruis het volgende vakje aan om uw toestemming te geven tot verwerking van uw persoonsgegevens. Uw rechten worden beschreven in de privacyverklaring die is opgenomen in de informatiefiche van de onderneming en die u kan raadplegen op onze website.

- Ik geef VMOB Hospitaal-Plus toestemming om mijn gezondheidsgegevens te verwerken met het oog op en in het kader van het uitvoeren en beheren van mijn verzekeringsovereenkomst.**

Ik geef VMOB Hospitaal-Plus toestemming om, indien nodig, de gegevens van terugbetalingen die gebeurden in het kader van de verplichte ziekteverzekering en aanvullende verzekering bij mijn ziekenfonds op te vragen, met het oog op een correcte afhandeling van mijn schadegeval.

(*) Opgemaakt op / / , te _____

(*) Handtekening van de verzekerde of zijn/haar wettelijke vertegenwoordiger: