



AANGIFTE VAN ZIEKENHUISOPNAME

Gegevens van de gehospitaliseerde persoon

Aansluitingsnummer:

Naam:

Voornaam:

Geboortedatum:

Straat:

Postnummer: Plaats:

Type dekking: **Hospimut Plus**

1. Voorwerp van de aanvraag om tegemoetkoming (één enkel verblijf per verklaring A.U.B.)

Ziekenhuisverpleging tijdens de periode van/...../..... tot/...../.....

Omwille van:

<input type="checkbox"/> Bevalling	<input type="checkbox"/> Ziekte*
<input type="checkbox"/> Ongeval van/...../.....*: (zie keerzijde)	<input type="checkbox"/> Andere*:

(*) Onderstaande vragenlijst laten invullen door de arts (specialist) bij het ziekenhuis:

Exacte aard van de ziekte of aandoening:

.....

Aard van de behandeling:

Code indien heelkundige ingreep:

Sinds wanneer wordt de patiënt behandeld voor deze ziekte?

Datum van de eerst verschijnselen:/...../.....

Voorafbestaande gebrekkigheid of aandoening die aanleg heeft kunnen geven tot de ziekte:

.....

Opgemaakt te, op

Handtekening en stempel van de arts:

2. Geniet u van een andere hospitalisatieverzekering?

nee ja Benaming van de verzekeraar of instelling en polisnummer

.....

Ik verklaar dat deze aangifte waarheidsgetrouw en oprecht is en ik verbind mij ertoe om de VMOBB in te lichten van elke mogelijke rechtzetting van de ziekenhuisfactuur in mijn voordeel.

Opgemaakt te, op

Naam en handtekening van de gehospitaliseerde persoon of van haar wettelijke vertegenwoordiger

.....

3. Inlichtingen te verstrekken bij ongeval

Aard van het ongeval:

<input type="checkbox"/> arbeidsongeval of ongeval naar het werk	<input type="checkbox"/> verkeersongeval
<input type="checkbox"/> op school	<input type="checkbox"/> bij sportuitoefening
<input type="checkbox"/> andere:	

Omstandigheden van het ongeval en opgelopen letsels:

Werd een aangifte ingediend bij de verzekeraar van een derde-verantwoordelijke? Zo ja, vermeld de gegevens hiervan en het dossiernummer:

.....

4. Bankrekening

In te vullen door de **verzekeringnemer UITSLUITEND** indien hij/zij wenst dat de tegemoetkoming op een andere bankrekening wordt gestort dan de bij de Solidaris Brabant aangegeven bankrekening.

Ik ondergetekende, ,

Vraag dat de verzekeringsvergoeding op de volgende bankrekening wordt gestort:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Gedaan te, op/...../.....

(handtekening verzekeringnemer)

Informatie over de tussenkomst van de verzekering

1. De tussenkomst van de verzekering gebeurt niet automatisch. Elke aanvraag om tegemoetkoming wordt vergeleken met de algemene voorwaarden van het contract ; er wordt in het bijzonder nagekeken of de hospitalisatie het gevolg is van een ziekte, een ongeval, een zwangerschap of een bevalling.

Indien een hospitalisatie in een éénpersoonskamer plaatsvindt in de loop van de 3 eerste jaren van het contract, zal u desgevallend bijkomende medische informatie worden gevraagd teneinde te bepalen of de verzekering al dan niet tussenkomt in de erelonen- en kamersupplementen.

2. Ambulante zorg die in het ziekenhuis wordt verleend (vb. Consultatie bij een specialist, onderzoek, gipskamer, spoeddienst , ...) is niet gedekt, behalve:

- in het kader van de waarborg « voor en na hospitalisatie » van het contract Hospimut Plus : de zorg die verbonden is aan een hospitalisatie en die verleend werd gedurende de 30 dagen vóór het ziekenhuisverblijf en de 90 dagen na;
- de behandeling in de spoeddienst, wanneer deze onmiddellijk wordt gevolgd door een opname in het ziekenhuis.

3. De patiënt of zijn/haar wettelijke vertegenwoordiger blijft altijd verantwoordelijk voor de betaling van de factuur tegenover het ziekenhuis.

4. Om de tussenkomst van de verzekering te bekomen, stuurt u aan de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand Solidaris Brabant:

- onderstaand formulier van « aangifte van ziekenhuisopname », ingevuld en ondertekend,
- de originele en volledige ziekenhuisfactuur of -facturen.

De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand Solidaris Brabant verwerkt uw gegevens in overeenstemming met de wet van 30 juli 2018 betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens (kaderwet) en de Verordening 2016/679 van 27 april 2016 betreffende de bescherming van persoonsgegevens, die u het recht geven uw gegevens te raadplegen, aan te vullen, u tegen de verwerking te verzetten, en om correctie, beperking of verwijdering ervan te vragen.

Bijkomende inlichtingen over de verwerking van uw gegevens kunt u verkrijgen bij de DPO, Zuidstraat 111 te 1000 Brussel – dataprotection.bra@solidaris.be.

Klachten kunt u richten aan bovengenoemd e-mailadres of aan de Gegevensbeschermingsautoriteit, Drukpersstraat 35, 1000 Brussel - Tel. 02/274 48 00 <https://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be>.