

Toekenning van Medi-Assistance

AG Care Hospitalisatie

FAX 02 664 04 70

Vertrouwelijk

Contractnr. :
 Makelaar / rekeningnr. : Benaming :
 Refertes makelaar : Telefoon : Fax :

Gelieve dit document in te vullen en **per fax** over te maken naar Fortis Insurance Belgium,
 ter attentie van de adviserende geneesheer op het nummer **02 664 04 70**.

- 1** in ieder geval **2** indien ziekte **3** indien ongeval

1 Verzekeringnemer

Naam en voornamen of benaming :
 Woonplaats (gemeente, straat, nr.) :
 Telefoonnummer (kantooruren) : Laatste betaalde premie :

Verzekerde (patient)

Naam en voornamen : Geboortedatum :
 Woonplaats (gemeente, straat, nr.) :
 Telefoonnummer (kantooruren) : Beroep :

Ziekenfonds (vragen beantwoorden)

Is de verzekerde aangesloten bij een ziekenfonds - voor de kleine risico's ? NEEN JA
 - voor de grote risico's ? NEEN JA

Aansluitingsnummer :
 Benaming en adres :

Gewenste wijze van betaling Post- of bankrekeningnr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 op naam van
 Zo niet, circulaire cheque

Is de rechthebbende bij Fortis Insurance Belgium of een andere maatschappij gedekt door een verzekeringspolis die dezelfde waarborgen voorziet ? NEEN JA
 Zo JA, benaming en adres van de maatschappij en polisnummer

2 In te vullen in geval van ziekte of bevalling

Hospitalisatieperiode :
 Naam en adres van de verpleeginstelling :

Aard van de ziekte/reden van opname :

Wanneer werden de eerste verschijnselen van de ziekte waargenomen ?
 Naam, adres en telefoonnummer van de geneesheer door wie de diagnose werd gesteld :

3 In te vullen in geval van ongeval

Datum en uur van het ongeval : op, om uur voor- na- middag

Juiste plaats (schets bijvoegen) :
 Eventuele tegenpartij : naam en adres

: verzekeringsmaatschappij (naam, adres en polisnummer)

Getuigen : naam en adres

Relaas van de feiten :

Werd er proces-verbaal opgemaakt ? NEEN JA Zo JA, Politie van : op Nr. P.V. :

Wie is aansprakelijk voor het ongeval ? (naam en adres van de aansprakelijke) :

Was de rechthebbende op het ogenblik van het schadegeval in dienst van een werkgever, of op de weg van of naar het werk ? NEEN JA Zo JA : wie is de werkgever ? (naam en adres) :

Bij welke maatschappij is hij voor de arbeidsongevallen verzekerd ?

Welke zijn de opgelopen letsels ?

Hospitalisatieperiode :

Naam en adres van de verpleeginstelling :

Ik, ondergetekende, bevestig dat de voorgaande antwoorden volledig zijn en met de waarheid overeenstemmen.

Ik verklaar kennis te hebben genomen van de zware wettelijke gevolgen, namelijk weigering om de verzekerde waarborgen uit te betalen, waartoe elke opzettelijke verzwijging of valse verklaring in het kader van deze schademelding kan aanleiding geven (art. 19-21 van de wet op de Landverzekeringsovereenkomst).

Ik verbind er mij toe bij derden (behandelende artsen, verpleeginrichtingen, instellingen van sociale verzekeringen, andere verzekeringsmaatschappijen, overheid, enz....) alle inlichtingen in te winnen aangaande de overkomen ziekten, ongevallen en aandoeningen en deze te verstrekken aan de adviserende arts van de verzekeraar.

Ik ben akkoord dat Fortis Insurance Belgium bovenvermelde gegevens, mits naleving van de Belgische privacy-wetgeving, met het oog op en binnen het kader van het verlenen en het beheer van verzekeringsdiensten in het algemeen, met inbegrip van het opmaken van statistieken, kan verwerken.

De gegevens die de gezondheid betreffen worden enkel verwerkt onder de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg en de toegang tot deze gegevens is beperkt tot die personen die ze nodig hebben voor de uitoefening van hun taken.

Fortis Insurance Belgium zal deze gegevens niet meedelen aan derden. Ik ben evenwel akkoord dat Fortis Insurance Belgium deze gegevens meedeelt voor zover hiertoe in haar hoofde een wettelijke of contractuele verplichting of een gewettigd belang bestaat.

Gelieve aan te kruisen wat past :

Ondergetekende gaat er uitdrukkelijk mee akkoord dat zijn/haar verzekeringsmakelaar de desbetreffende medische gegevens in het kader van het schadegeval inzamelt en verwerkt buiten de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg.

Ondergetekende wenst een confidentiële behandeling van de persoonsgegevens die zijn/haar gezondheid betreffen. Bijgevolg wordt het schadegeval rechtstreeks afgehandeld met de maatschappij.

Opgemaakt te, op

Handtekening van de aangeslotene (of van de persoon die hem/haar vertegenwoordigt indien minderjarig).