



Schadeaangifteformulier

Collectieve Hospitalisatieverzekering

Aangifte schadegeval (in te vullen door de aangeslotene)

Naam werkgever _____

Naam personeelslid _____
Personeelsnummer _____
Adres _____

Persoonlijke gegevens

Naam en voornaam van de patiënt _____

Adres _____

Postcode _____ Plaats _____

Geboortedatum _____

Dossiernummer (indien door u gekend) _____

Bankrekeningnummer

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

Op naam van _____

Naam van de bank _____

Gegevens schadegeval

Bij hospitalisatie

Datum opname : van _____ tot _____

Naam en adres verpleeginrichting _____

Vermelding van de aandoening en/of ingreep _____

Bij ernstige ziekte

Datum eerste verschijnselen _____

Aard van de aandoening _____

Enkel in te vullen bij een ongeval

1. Datum _____

2. Uur _____

3. Plaats _____

4. Eventuele tegenpartij

Naam _____ Adres _____

Verzekeringsmaatschappij _____ Polisnummer _____

5. Relas van de feiten _____

6. Werd een proces-verbaal opgemaakt ? Door wie ? _____

7. Is het een arbeidsongeval? Ja Neen

Ik bevestig dat de antwoorden volledig zijn en met de waarheid overeenstemmen. De medegedeelde gegevens worden door de maatschappij verwerkt en aangewend met het oog op het volledig vervullen van de taak van de beheerder van het plan in de door hem beoefende activiteiten. Ik heb recht van toegang tot en verbetering van die gegevens. Aanvullende inlichtingen kunnen bekomen worden bij de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, Hallepoort 5-8, 1060 Brussel. Met het oog op een vlot beheer van het contract en/of van het schadedossier, en enkel daartoe, geef ik hierbij mijn bijzondere toestemming wat betreft de verwerking van medische gegevens die op mij betrekking hebben (artikel 7 van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer).

Te _____

op _____

Handtekening