

## Schadeaangifte

Contract medische kosten

**BRUGGE OCMW**

**Dit formulier opsturen naar:**  
Vanbreda Risk & Benefits  
Postbus 34  
2140 Antwerpen  
Tel. 078 15 51 91  
E-mail: VRB-HCCO@vanbreda.be



VOORNAAM PERSONEELSLID: \_\_\_\_\_

NAAM PERSONEELSLID: \_\_\_\_\_

GEBOORTEDATUM PERSONEELSLID: \_\_\_\_\_ (DD/MM/JJJJ)

### STAP 1 **PATIËNTGEGEVENS**

PATIËNT = PERSONEELSLID

VERZEKERDE-ID: \_\_\_\_\_

VOORNAAM: \_\_\_\_\_ NAAM: \_\_\_\_\_

GEBOORTEDATUM: \_\_\_\_\_ (DD/MM/JJJJ)

### CONTACTGEGEVENS

TELEFOONNUMMER: \_\_\_\_\_ E-MAILADRES: \_\_\_\_\_

STRAAT: \_\_\_\_\_ NR: \_\_\_\_\_ BUS: \_\_\_\_\_

POSTCODE: \_\_\_\_\_ PLAATS: \_\_\_\_\_ LAND: \_\_\_\_\_

Deze adresgegevens zullen standaard gebruikt worden voor alle verzekerden binnen het gezin. Indien dit niet mag, gelieve hieronder aan te duiden dat dit enkel voor de patiënt van toepassing is.

specifiek voor deze patiënt

specifiek voor deze schadeaangifte

### BANKGEGEVENS

IBAN: \_\_\_\_\_ NAAM BEGUNSTIGDE: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_ NAAM BANK: \_\_\_\_\_

### STAP 2 **AARD VAN DE AANGIFTE**

Maak een keuze:

HOSPITALISATIE of  DAGHOSPITALISATIE (Ga verder naar rubriek 1: (dag)hospitalisatie)

ERNSTIGE ZIEKTE (Ga verder naar rubriek 2: ernstige ziekte)

DATUM OPNAME: VAN \_\_\_\_\_ TOT \_\_\_\_\_ (DD/MM/JJJJ)

HEELKUNDIGE INGREEP?  JA  NEENBESCHRIJVING VAN DE AANDOENING OF INGREEP:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NAAM VERPLEEGINRICHTING: \_\_\_\_\_

ADRES VERPLEEGINRICHTING: \_\_\_\_\_

**In geval van een ongeval, vul ook rubriek 1 bis in.****RUBRIEK 1 BIS: ONGEVAL** (enkel in te vullen bij een ongeval)**BESCHRIJVING ONGEVAL**

DATUM EN UUR: \_\_\_\_\_

PLAATS: \_\_\_\_\_

RELAAS VAN DE FEITEN: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_WERD ER EEN PROCES-VERBAAL OPGEMAAKT?  NEEN  JA (gelieve ons een kopie van het PV en het verhoor te bezorgen)IS HET EEN ARBEIDSONGEVAL?  NEEN  JA**EVENTUELE BETROKKEN VERZEKERINGSMAATSCHAPPIJEN** (bvb. Sportongevallenverzekering, familiale verzekering, reis- of autoverzekering)

NAAM: \_\_\_\_\_

POLISNR: \_\_\_\_\_

ADRES: \_\_\_\_\_

**EVENTUELE TEGENPARTIJ** (enkel in te vullen indien er een tegenpartij is en de gegevens reeds gekend zijn)

NAAM: \_\_\_\_\_

ADRES: \_\_\_\_\_

**VERZEKERINGSMAATSCHAPPIJ TEGENPARTIJ**

NAAM: \_\_\_\_\_

POLISNR: \_\_\_\_\_

ADRES: \_\_\_\_\_

**RUBRIEK 2: ERNSTIGE ZIEKTE** (enkel in te vullen bij ernstige ziekte)

DATUM EERSTE VERSCHIJNSELEN: \_\_\_\_\_ (DD/MM/JJJJ)

AARD VAN DE AANDOENING: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gelieve een attest van de behandelende geneesheer toe te voegen met vermelding van de exacte diagnose.

Ik bevestig dat de antwoorden volledig zijn en met de waarheid overeenstemmen. De meegedeelde gegevens mogen door Vanbreda Risk & Benefits worden verwerkt met het oog op de cliëntenservice, de aanvaarding van risico's, het beheer van contracten en de schadegevallen, alsook de betaling van verzekeringsdommen. Om een optimale service te verlenen, kunnen deze gegevens worden meegedeeld aan de ondernemingen van deze groep of aan de ondernemingen die ermee in verbinding staan. De betrokken personen verlenen hun toestemming voor de verwerking van de gegevens die hun gezondheid betreffen wanneer deze nodig zijn voor de aanvaarding, het beheer en de uitvoering van het contract door de beheerders die optreden in het kader van dit contract. Deze verwerking is vastgesteld in de Belgische wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Alle informatie zal met de grootste discretie worden behandeld. De betrokken personen kunnen van deze gegevens kennis krijgen, ze laten verbeteren en zich gratis verzetten tegen de verwerking ervan met het oog op direct marketing. Hiertoe dient een gedateerd en ondertekend verzoek vergezeld van een recto verso kopie van de identiteitskaart gezonden te worden aan de cliëntbeheerder bij Vanbreda Risk & Benefits, Plantin en Moretuslei 297, 2140 Antwerpen.

Dit vakje dient te worden aangekruist, indien de betrokken personen willen worden ingelicht over direct marketingacties van Vanbreda Risk & Benefits. Nadere inlichtingen kunnen bij de cliëntbeheerder van Vanbreda Risk & Benefits worden verkregen.

Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_

Plaats: \_\_\_\_\_