

## 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? \_\_\_\_\_

### Verklaringen

- Ik geef VMOB Hospitaal-Plus de toelating het ziekenhuis en de zorgverleners de details van de facturatie te vragen en om in mijn naam bedragen terug te vorderen die ten onrechte zijn aangerekend.
- Bij een aanvraag tot tegemoetkoming naar aanleiding van een gewaarborgd ongeval waarvoor iemand anders verantwoordelijk is, heeft VMOB Hospitaal-Plus mijn toelating om alle uitgaven terug te vorderen van de verantwoordelijke derde of diens verzekeraar.
- Ik geef VMOB Hospitaal-Plus de toelating om gegevens van terugbetalingen in het kader van de verplichte en aanvullende verzekering op te vragen bij mijn ziekenfonds.
- Ik geef VMOB Hospitaal-Plus de toestemming om de gegevens van mijn dossier op te vragen bij mijn ziekenfonds met het oog op de terugvordering van de tussenkost in een schadegeval ten laste van de aansprakelijke derde.

(\*) Opgemaakt op ..... / ..... / ..... , te \_\_\_\_\_

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

**Vak voorbehouden aan het ziekenfonds**

Stempel voor ontvangst

**Vak voorbehouden aan VMOB Hospitaal-Plus**

Stempel voor ontvangst