

Schadeaangifte

Contract medische kosten

UGENT

Dit formulier opsturen naar:

Vanbreda Risk & Benefits
Postbus 34
2140 Antwerpen
Tel. 03 292 00 83
E-mail: ugent@vanbreda.be



VOORNAAM HOOFDVERZEKERDE:

NAAM HOOFDVERZEKERDE:

GEBOORTEDATUM HOOFDVERZEKERDE: (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

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)

STAP 3 **RUBRIEK 1: (DAG)HOSPITALISATIE**

DATUM OPNAME: VAN

TOT

(DD/MM/JJJJ)

HEELKUNDIGE INGREEP?

☐ JA

☐ NEEN

BESCHRIJVING VAN DE AANDOENING OF INGREEP:

NAAM VERPLEEGINRICHTING:

ADRES VERPLEEGINRICHTING:

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. Vanbreda Risk & Benefits verwerkt de ontvangen informatie als verwerkingsverantwoordelijke om te voldoen aan haar wettelijke verplichtingen, met het oog op de cliëntenservice, het beheer van uw contracten en schadegevallen, alsook de betaling van verzekeringssommen. Deze informatie kan worden doorgegeven aan (her)verzekeraars en experts betrokken bij de beoordeling van uw dossier. Meer informatie over ons privacybeleid en uw rechten vindt u terug op <https://www.vanbreda-health.be/nl/privacy/>.

Datum:

Handtekening:

Plaats: