

AANGIFTE BIJ ZIEKTE OF ONGEVAL

HOSPITALISATIE

Terugsturen naar Allianz Benelux NV, Claims Healthcare, Koning Albert II-laan 32, 1000 Brussel,
e-mail: claimshealthcare@allianz.be

In het bezit van een AssurCard?

Maak dan geen gebruik van dit formulier en registreer u via één van de volgende opties:

- op www.assurcard.be
- via uw smartphone app
- aan de kiosk in het hospitaal op de dag van opname
- telefonisch enkele dagen voor de geplande opname op het gratis nummer 0800/32 213 tijdens de kantooruren van 8u30 tot 17u00

Algemene inlichtingen

(lid van het actief personeel, bruggepensionoord, gepensionoord)

Naam werkgever:	<input type="text"/>
BCVR-nummer:	<input type="text"/>
Naam:	<input type="text"/>
	(meisjesnaam voor gehuwde vrouwen)
Voornaam:	<input type="text"/>
Stamnummer:	<input type="text"/>
Straat:	<input type="text"/>
Nr/Bus:	<input type="text"/>
Postcode:	<input type="text"/>
Plaats:	<input type="text"/>
Tel.:	<input type="text"/>

Bankrekening (IBAN) in geval van terugbetaling van de kosten:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Is de verzorgde persoon verzekerd bij een andere maatschappij?

Ja Neen

Zo ja, bij dewelke:

Naam:	<input type="text"/>
Straat:	<input type="text"/>
Nr/Bus:	<input type="text"/>
Postcode:	<input type="text"/>
Plaats:	<input type="text"/>
Polisnummer:	<input type="text"/>
Schadenummer:	<input type="text"/>

Ongeval

(enkel invullen wanneer de behandeling volgt op een arbeidsongeval, privé- of sportongeval)

Werd de hospitalisatie veroorzaakt door een ongeval?

Ja Neen

Datum en uur van het ongeval: / /
 :

Gaat het om een arbeidsongeval of een ongeval op weg van of naar het werk?

Ja Neen

Gaat het om een ongeval?

Vermeld hieronder de gedetailleerde omstandigheden en oorzaken:

Juiste plaats van het ongeval:

Naam en adres van getuigen:

Gelieve ook de keerzijde in te vullen.

Denkt u dat er een derde aansprakelijk gesteld moet worden?

Ja Neen

Zo ja:

Naam:
 Voornaam:
 Straat:
 Nr/Bus:
 Postcode:
 Plaats:
 Verzekeringsmaatschappij:
 Polisnummer:

Werden de feiten vastgesteld door de politie?

Ja Neen

Zo ja, nummer van proces-verbaal:

Behandelde persoon

Naam:
 Voornaam:
 Geboortedatum: / /
 Geslacht: M V
 Verwantschap met het lid van het personeel:

 Periode van hospitalisatie: van / /
 tot / /

Medisch attest

In te vullen door uzelf, of op uw verzoek door uw behandelde geneesheer

Aard van het letsel of van de aandoening:

Welke behandeling werd voorgeschreven?

Datum van de eerste raadpleging: / /

Bestaat er een verband met een vroeger ongeval of ziekte?

Ja Neen

R.I.Z.I.V.-code:

In geval van heelkunde, de R.I.Z.I.V.-code van het heelkundig ingrijpen opgeven a.u.b.

Bescherming van de persoonsgegevens

De inzameling van persoonsgegevens in dit document gebeurt in het raam van het beheer van uw contract of een schadegeval en conform de reglementering over verzekeringen en de bescherming van persoonsgegevens. Zij zullen alleen doorgegeven worden aan personen die gemachtigd zijn om er kennis van te nemen. Zij worden absoluut niet gebruikt voor een ander doel. Door de medische gegevens te verstrekken voor het beheer van uw contract of uw schadegeval en door deze vragenlijst te ondertekenen, stemt u uitdrukkelijk in met de verwerking van deze gegevens bij het beheer van uw

contract of uw schadegeval. Voor bijkomende informatie over de verwerking, de bescherming van uw persoonsgegevens, nodigen wij u uit de website te raadplegen (<https://allianz.be/persoonsgegevens>) waar u vragen kunt stellen over de verwerking van de gegevens door de maatschappij.

Waarschuwing

Elke oplichting of poging tot oplichting van de verzekeringsmaatschappij brengt niet alleen de opzegging van de verzekeringsovereenkomst mee, maar wordt ook strafrechtelijk vervolgd op basis van artikel 496 van het Strafwetboek. De betrokkene zal bovendien opgenomen worden in het bestand van het Economisch Samenwerkingsverband Dattasur, de Meeûsplantsoen 29 in 1000 Brussel, dat de speciaal op te volgen verzekeringsrisico's ter herinnering brengt aan de aangesloten leden-verzekeraars.

Klachtenbehandeling

Het Belgisch recht is van toepassing op de verzekeringsovereenkomst.

Onverminderd de mogelijkheid om een rechtsvordering in te stellen, kan u elke klacht over de uitvoering van het contract richten aan:

- de Ombudsman van de Verzekeringen, de Meeûsplantsoen 35, 1000 Brussel, fax: 02/547.59.75, info@ombudsman.as,
- Allianz Benelux NV per mail naar klachten@allianz.be, per telefoon op 02/214.77.36, met een fax op 02/214.61.71 of met een brief aan Allianz Benelux NV, 10RSGJ, Koning Albert II-laan 32, 1000 Brussel.

Opgemaakt te op / /

Handtekening van de verzorgde persoon of van zijn wettige vertegenwoordiger

Handtekening van de geneesheer