



DOOR DE PATIËNT IN TE VULLEN (of door diens wettelijke vertegenwoordiger indien de patiënt in de onmogelijkheid verkeert het zelf in te vullen)

1. identiteit van de patiënt

naam patiënt : _____ voornaam : _____

adres : _____

blauwe mutualiteitsklever
van de **patiënt**

geboortedatum patiënt : _____

bankrekeningnummer: _____ - _____ - _____

telefoonnr. waar u overdag te bereiken bent : _____ / _____

2. aanleiding van het schadedossier (alles aanstippen wat van toepassing is):

ziekenhuisopname met overnachting

- ziekte
- zwangerschap of bevalling
- ongeval :
 - ongeval met een verantwoordelijke derde
 - arbeidsongeval (of op weg naar/van het werk)
 - privé-ongeval (geen arbeidsongeval en geen verantw. derde)
 - sportongeval: welke sport : _____

esthetische ingreep

ziekenhuisopname zonder overnachting

- dagopname zonder heelkundige ingreep
- dagopname met heelkundige ingreep
 - een ziekte, aandoening of letsel
 - een ongeval met een verantwoordelijke derde
 - een arbeidsongeval (of op weg naar/van het werk)
 - privé-ongeval (geen arbeidsong. en geen verantw. derde)
 - sportongeval: welke sport : _____

verzorging van ernstige ziekte buiten opname :

welke ziekte : _____

3. naam en adres ziekenhuis : _____

4. opname: van _____ / _____ / _____ tot _____ / _____ / _____

5. is een tegemoetkoming van een andere verzekering mogelijk ? (aanstippen)

sportverzekering reisverzekering andere verzekering

naam en adres: _____

6. verklaring en machtiging : in de mate dat de medische zorgen die kaderen in deze aangifte het gevolg zijn van een ongeval waarvoor iemand anders verantwoordelijk is (= een verantwoordelijke derde), verleen ik de M.O.B. Hospitaal-Plus uitdrukkelijk subrogatie voor alle rechten ten aanzien van de verantwoordelijke derde, met inbegrip van de verzekeraar (subrogatie betekent dat Hospitaal-Plus de uitgaven kan terugvorderen wanneer iemand anders dan u voor het ongeval verantwoordelijk is : de betalingen moeten in dat geval teruggevorderd worden van de verantwoordelijke derde, of van diens verzekeringsmaatschappij).

Ik machtig de M.O.B. Hospitaal-Plus om de gedetailleerde opgave van de facturatie te vragen aan het ziekenhuis en aan andere medische zorgverleners.

Naar waarheid opgemaakt te _____ op _____ / _____ / 20 _____

Handtekening :

(voor de minderjarige ondertekent de wettelijke vertegenwoordiger)

MEDISCH ATTEST IN TE VULLEN DOOR DE ZIEKENHUISARTS (*)

gelieve bij opname steeds het **hospitalisatieverslag** bij te voegen,
in een gesloten omslag gericht aan de adviserend geneesheer van Hospitaal-Plus
(*) in te vullen door de huisarts indien bij de behandeling geen ziekenhuisarts betrokken is)

ZIEKENHUISOPNAME (dit kadertje moet niet ingevuld worden indien het **hospitalisatieverslag** bijgevoegd is):

datum van de opname: _____ / _____ / _____ om _____ u. tot _____ / _____ / _____ om _____ u.

de opname is genoodzaakt door (aankruisen a.u.b.) :

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ongeval | <input type="checkbox"/> arthrose/reuma | <input type="checkbox"/> maag- of darmziekte |
| <input type="checkbox"/> zwangerschap/bevalling | <input type="checkbox"/> cataract | <input type="checkbox"/> pneumologische aandoening |
| <input type="checkbox"/> anticonceptieve behandeling | <input type="checkbox"/> endocrinologische aandoening | <input type="checkbox"/> psychiatrische aandoening |
| <input type="checkbox"/> vruchtbaarheidsbehandeling | <input type="checkbox"/> neus,- keel-, ooraandoening | <input type="checkbox"/> urologische aandoening |
| | | <input type="checkbox"/> andere diagnose |

nadere omschrijving van de aandoening(en) of van het letsel : _____

omschrijving van de ingreep en/of behandeling : _____

INDIEN AMBULANTE BEHANDELING VAN EEN ERNSTIGE AANDOENING (art. 2.B polis):

welke aandoening : _____

STEEDS IN TE VULLEN(ook met bijgevoegd hospitalisatieverslag en bij ambulante behandeling van ernstige aandoening)

datum eerste symptomen van deze aandoening : _____ / _____ / _____

datum eerste raadpleging voor deze aandoening : _____ / _____ / _____

Zijn er voorafgaande pathologieën die verband houden met de aandoening die deze opname of ambulante behandeling van een ernstige aandoening noodzaakte ? JA NEEN

Indien JA, welke _____

Sedert wanneer : _____ / _____ / _____

Werd de patiënt door uzelf of door een andere arts eerder voor deze voorafgaande pathologie behandeld (vb. geneesmiddelen, opname,...)? JA NEEN

Naam en adres van de andere arts: _____

Periodes van de eerdere behandeling : _____

Nomenclatuurnummer bij dagopname : _____

Opgemaakt te _____ op _____ / _____ / _____

Ik ondergetekende bevestig dat deze gegevens volledig en correct zijn.

**Naam, stempel en handtekening
van de (ziekenhuis)arts :**