

Dossiernummer _____ (voorbehouden aan Ethias)

Terug te sturen naar: Ethias
Prins-Bisschopssingel 73, B-3500 Hasselt
Tel. 011 28 21 11 - Fax 011 28 20 20

1 IDENTITEIT VAN DE TITULARIS

Naam en voornaam _____
Straat _____ nr. _____ bus _____
Postcode _____ Gemeente _____
Geboortedatum _____ Tel. nr. _____
Bankrekeningnummer _____ - _____ - _____

2 Polisnummer _____ **Aansluitingsdatum** _____

Kaartnummer Assurcard (indien van toepassing) _____

Bij de aansluiting betrokken instelling (gemeente, ministerie, werkgever, ...) _____

Zo u nog een aanvullende ziekteverzekering aanging, gelieve dan naam en adres van de verzekeraar te vermelden (samen met het polisnummer)

3 IDENTITEIT VAN DE PATIENT

Naam en voornaam _____
Verwantschap met de titularis (1) _____ Geboortedatum _____

4 AANLEIDING TOT DE VERGOEDINGSAAVRAAG

- a) Heelkundige ingreep ☐ ja ☐ neen
b) Opname in een ziekenhuis ☐ ja ☐ neen
c) Ernstige ziekte ☐ ja ☐ neen

5 INVULLEN ZO DE VERGOEDINGSAAVRAAG HET GEVOLG IS VAN EEN ONGEVAL

- a) Plaats van het ongeval _____
Vermeld de gemeente, eventueel straat en nummer _____
b) Dag, datum en uur van het ongeval _____ om _____ uur
c) Hoe heeft het ongeval zich voorgedaan? _____
Geef een zo bondig en juist mogelijke beschrijving van het ongeval, met vermelding van de materiële oorzaak ervan _____
d) Naam, voornaam en volledig adres van de voornaamste getuigen van het ongeval _____
e) Indien het ongeval te wijten is aan een derde, naam en volledig adres van deze derde. Werd het ongeval vastgesteld door een verbaliserende autoriteit?
Welke? _____

Ethias verzamelt uw persoonsgegevens voor de evaluatie van het risico, het beheer van de verzekeringsovereenkomsten en de schadegevallen, voor het promoten van haar diensten en voor het voeren van getrouwheidsacties. Uw persoonsgegevens kunnen voor commerciële doeleinden doorgegeven worden aan de ondernemingen die deel uitmaken van de Ethias groep. U hebt het recht om uw persoonsgegevens in te kijken, om eventuele correcties te laten aanbrengen en om u gratis te verzetten tegen het gebruik ervan voor commerciële doeleinden. Verzet u zich tegen dit gebruik?.....

De gezondheidsgegevens zullen verwerkt worden voor de aanvaarding van de risico's onderschreven bij Ethias, het bepalen van de omvang van de waarborgen en het beheer van de verzekeringsovereenkomsten en de schadegevallen.

Deze gegevens zullen beheerd worden door de daartoe bij Ethias gemachtigde personen. U kan op ieder ogenblik uw toestemming tot het verwerken van deze gegevens door de hoger vermelde personen intrekken.

Elke klacht over de verzekeringsovereenkomst of over het beheer van een schadegeval kan worden gericht aan:

- Ethias – Dienst 2160 Prins-Bisschopssingel 73 3500 Hasselt
fax 011 28 26 60 klachten.col@ethias.be
- Ombudsman van de verzekeringen – de Meeûsplantsoen 35 1000 Brussel
fax 02 547 59 75 ombudsman@bvvo.be
- Controledienst der Verzekeringen – Kortenberglaan 61 1000 Brussel
fax 02 736 88 17

Opgemaakt te _____ op _____

Ik machtig Ethias mijn gezondheidsgegevens te verwerken

Handtekening

Ik, die onderteken (1)

verklaar dat

a. in behandeling is sinds (3)

voor (4)

b. opgenomen moet worden op _____ tot _____ (5)

opgenomen werd op . . tot . . (5)

voor (4)

c. geopereerd moet worden op (5)

geopereerd werd op (5)

voor (6)

RIZIV-codenummer van de ingreep

Opgemaakt te _____ op _____

De geneesheer (handtekening)

- (1) Naam, voornaam, eventueel specialisme en adres van de geneesheer.
- (2) Naam, voornaam en adres van de patiënt.
- (3) Datum waarop de aandoening voor het eerst werd vastgesteld.
- (4) Aard van de aandoening of verwonding. Zo geen vermelding, gelieve dan een kort medische verslag aan de adviserende arts van Ethias te sturen.
- (5) Invullen wat past.
- (6) Aard van de ingreep.