



Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand Neutra

Rue de Joie 5, 4000 LUIK

Ondernemingsnummer:

0472.020.311

Tel.: 04 254 54 90

Fax: 04 254 54 37

E-mail: Info@neutrahospi.be

Website: www.neutrahospi.be

VERKLARING VOOR TUSSENKOMST IN DE KOSTEN

De patiënt of zijn/haar wettelijke vertegenwoordiger moet deze verklaring indienen bij de VMOB Neutra. Door het invullen van deze verklaring deelt de betrokken persoon, of zijn of haar wettelijke vertegenwoordiger, **in de eerste plaats persoonsgegevens met betrekking tot de gezondheid**, in verband met een ziekenhuisopname of ernstige ziekte, teneinde een terugbetaling te verkrijgen van de kosten die door de onderschreven hospitalisatieverzekering worden gedekt.

De **vrije en geïnformeerde toestemming** van de patiënt, of van zijn of haar wettelijke vertegenwoordiger, is voor de VMOB Neutra cruciaal voor de verwerking van deze persoonsgegevens die betrekking hebben op de gezondheid.

Vink het vakje hieronder aan indien u uw toestemming geeft.

Ik, ondergetekende, de patiënt of zijn of haar vertegenwoordiger, geef toestemming voor de verwerking van mijn persoonsgegevens met betrekking tot de gezondheid door de VMOB Neutra, die door mijzelf of mijn ziekenfonds worden doorgegeven in het kader van de genoemde doeleinden.

De patiënt of zijn/haar wettelijke vertegenwoordiger kan op elk moment een verzoek indienen tot inzage, wijziging of verwijdering van deze gegevens, en kan de gegeven toestemming intrekken zonder dat dit gevolgen heeft voor de reeds uitgevoerde behandelingen. Om deze rechten uit te oefenen, moet een gedateerde en ondertekende brief, vergezeld van een kopie van de identiteitskaart, worden gericht aan VMOB Neutra, Rue de Joie 5, 4000 Luik. Bij opmerkingen of vragen kunt u contact opnemen met onze Data Protection Officer door een e-mail te sturen naar vie-privee@neutrahospi.be of te bellen naar 04/254.58.91. U kunt onze Verklaring inzake de bescherming van persoonsgegevens ook raadplegen via de link www.neutrahospi.be/vie-privee. U kunt ook contact opnemen met de Belgische gegevensbeschermingsautoriteit (Drukpersstraat 35, 1000 Brussel).

NAAM EN VOORNAAM van de behandelde persoon

ADRES

TELEFOONNUMMER /

RIJKSREGISTERNUMMER (OF GEBOORTEDATUM)

REKENINGNUMMER – IBAN **(verplicht in te vullen)**

ONDERWERP VAN DE AANVRAAG TOT TUSSENKOMST

A) CHIRURGISCHE INGREEP JA / NEE (*)

B) HOSPITALISATIE JA / NEE (*) VAN TOT

NAAM VAN HET ZIEKENHUIS: **PLAATS:**

(verplicht in te vullen)

C) ERNSTIGE ZIEKTE JA / NEE (*) (*) SCHRAPPEN WAT NIET PAST

BELGISCHE GRENSARBEIDERS

Krijgt de patiënt een aanvullende vergoeding op grond van de Luxemburgse wetgeving?

JA / NEE (*)

(*) SCHRAPPEN WAT NIET PAST

IN TE VULLEN INDIEN HET VERZOEK TOT TUSSENKOMST WORDT INGEDIEND NAAR AANLEIDING VAN EEN ONGEVAL

A) PLAATS VAN HET ONGEVAL

B) DATUM EN TIJDSTIP VAN HET ONGEVAL

C) HOE IS HET ONGEVAL GEBEURD?
.....
.....

D) NAMEN, VOORNAMEN EN ADRESSEN VAN GETUIGEN.
.....
.....

E) INDIEN HET ONGEVAL TE WIJTEN IS AAN EEN FOUT VAN EEN DERDE: NAAM, VOORNAAM, ADRES EN POLISNUMMER VAN DE DERDE PARTIJ.
.....
.....

F) WERD ER EEN VASTSTELLING GEDAAN DOOR EEN VERBALISERENDE AUTORITEIT? INDIEN JA, GEEF DAN AAN WELKE.
.....

Dit formulier moet worden opgestuurd naar dr. Meurmans, adviserend geneesheer van de VMOB Neutra, Joiestraat 5, 4000 Luik.

Voor waar en echt verklaard, gedaan te op Handtekening

Erkend door de Controledienst voor de ziekenfondsen, Sterrenkundelaan 1, 1210 BRUSSEL, nummer 250/2

MEDISCH ATTEST

IN TE VULLEN DOOR UW SPECIALIST OF HUISARTS

Ik, ondergetekende, (1)

verklaar dat (2)

in behandeling is sinds (3) Voor opening dossier
Ernstige ziekten

voor (4)

Hospitalisatie van tot

moet geopereerd worden/is geopereerd (*) op

RIZIV-code:

Opgemaakt te, op

Handtekening en stempel van de arts

.....

(1) Naam, voornaam en adres van de arts.

(2) Naam, voornaam en adres van de patiënt.

(3) Datum waarop de aandoening voor het eerst werd vastgesteld.

(4) Aard van de aandoening.