

CM-Hospitaalplan Aangifteformulier



(Bezorg deze aangifte samen met de originele facturen of bewijsstukken aan uw CM-ziekenfonds)

Kleef hier een klever van uw CM-ziekenfonds.

Identificatiegegevens

Naam: Voornaam:

Straat: Nr.: Bus: Index:

Postcode: Gemeente: Land:

Tel.: E-mailadres:

Rijksregisternummer:

Ik geef toestemming aan de MOB verzekeringen CM-Vlaanderen (afgekort CM-verzekeringen) om mij via bovenstaand mailadres en/of telefoonnummer te contacteren in het kader van de dossierbehandeling om mij te informeren over haar verzekeringen.

Kruis aan wat van toepassing is en vul alle gevraagde gegevens zo gedetailleerd mogelijk in. Onvoldoende informatie kan aanleiding geven tot vertraging bij de behandeling van uw dossier.

Waarborg ernstige ziekte (zonder hospitalisatie)

Aard van de ziekte:

Diagnosedatum: - -

Uw aanvraag waarborg ernstige ziekte kan enkel goedgekeurd worden mits toevoeging van een uitgebreid en gemotiveerd medisch verslag, gehandtekend en bij voorkeur opgemaakt door de behandelende specialist, met vermelding van de diagnose en de diagnosedatum.

Waarborg Hospitalisatie:

Datum: van - - tot - -

Ziekenhuis: te

op een éénpersoonskamer of meerpersoonskamer.

Bevestigde u uw kamerkeuze via de opnameverklaring? Ja Nee

Reden van de hospitalisatie:

bevalling - vooropgestelde bevallingsdatum: - -

zwangerschapscomplicatie - vooropgestelde bevallingsdatum: - -

vruchtbaarheidsbehandeling

ziekte

- Aard van de aandoening:
.....
.....

- Wanneer werden de eerste verschijnselen waargenomen? - -

- Werd u voor deze aandoening reeds behandeld? Indien ja, wanneer? - -

- Is de huidige aandoening een gevolg van een vroegere aandoening? Ja Nee

CM-Hospitaalplan Aangifteformulier



Naam:

Rijksregisternummer:

ongeval

- Aard van het ongeval: school thuis sport verkeer ander:

- Korte beschrijving van het ongeval:

.....

.....

- Was u deelnemer aan een georganiseerde activiteit? Ja Nee

- Heeft u voor dit ongeval recht op tegemoetkoming van een andere verzekeraar? Ja Nee

- Identiteit en adres van de eventuele betrokken partij:

.....

- Verzekeringsmaatschappij en polisnummer van de eventuele betrokken partij:

.....

- Was u zelf bestuurder van een voertuig? Ja Nee Zo ja, welk? motor auto fiets

- Was u in opdracht van een werkgever of op weg naar het werk? Ja Nee

- Werd er een proces-verbaal opgesteld? Ja Nee

Zo ja, door wie? pv-nummer:

- Datum en tijdstip van het ongeval: - - om uur

Bent u nog aangesloten bij een andere hospitalisatieverzekering? Ja Nee

Zo ja, bij welke maatschappij?

De tegemoetkomingen van uw CM-verzekeringen worden gestort op het rekeningnummer dat bij CM gekend is voor de terugbetaling van uw gezondheidszorgen.

Wilt u dat deze tegemoetkomingen op een ander rekeningnummer worden gestort?

Neem dan contact op met uw ziekenfonds vooraleer u uw aangifte en uw kosten indient.

Het is niet mogelijk het rekeningnummer te wijzigen via dit aangifteformulier.

Verklaringen van de verzekerde:

1. Ik verklaar dat bovenvermelde gegevens juist zijn en naar waarheid werden ingevuld.

2. Ik verbind mij ertoe op vraag alle inlichtingen die betrekking hebben op deze aangifte te bezorgen.

3. Ik weet dat mijn CM-ziekenfonds (verzekeringsagent) mijn administratieve CM-lidgegevens (contactgegevens, samenstelling gezin, betaling bijdragen ...) doorgeeft aan CM-verzekeringen om de verzekeringsovereenkomst te kunnen uitvoeren. Ik moet immers aangesloten zijn bij één van de Vlaamse CM-ziekenfondsen voor de aangeboden CM-diensten en -voordelen en in orde zijn met mijn bijdragebetaling om te kunnen aansluiten en aangesloten te blijven bij een verzekering van CM-verzekeringen. Tijdens de duur van de verzekeringsovereenkomst verbind ik me ertoe elke wijziging in de samenstelling van de door deze overeenkomst verzekerde perso(o)n(en) onmiddellijk schriftelijk mee te delen aan mijn verzekeringsagent.

CM-Hospitaalplan Aangifteformulier



Naam:

Rijksregisternummer:

4. Ik draag aan CM-verzekeringen mijn recht over om van het ziekenhuis of de zorgverstreker de bedragen terug te vorderen die ten onrechte zouden zijn aangerekend en waarvoor CM-verzekeringen tussenkomst heeft verleend.

5. Ik verbind me ertoe om alle originele facturen en bewijsstukken zo spoedig mogelijk en uiterlijk binnen de 3 jaar aan CM-verzekeringen te bezorgen. Voor hospitalisaties begint de verjaringstermijn te lopen de maand volgend op de datum van ontvangst van de ziekenhuisfactuur.

6. Ik verbind me ertoe om de originele facturen en bewijsstukken te bezorgen aan CM-verzekeringen en weet dat, wanneer ik voor dezelfde schade bij verschillende verzekeraars verzekerd ben, de totale prestatie die ik ontvang van de verzekeraars niet hoger mag zijn dan de geleden schade.

Handtekening van de verzekerde, zijn wettelijke vertegenwoordiger (1) of gevolmachtigde (1).

(1) naam + adres toevoegen

.....
(handtekening)

CM-Hospitaalplan Aangifteformulier



Naam:

Rijksregisternummer:

Toestemming verwerking medische gegevens:

In het kader van de regelgeving m.b.t. gegevensbescherming (*) mag CM-verzekeringen enkel uw persoonsgegevens betreffende uw gezondheid verwerken indien we hiervoor uw toestemming hebben ontvangen.

(*) De MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen verwerkt uw persoonsgegevens conform de Algemene Verordening Gegevensbescherming van 27 april 2016. De privacy van de persoonsgegevens van onze verzekerden is erg belangrijk voor CM-verzekeringen. We hebben hiervoor een beleid (privacyverklaring) uitgeschreven zodat onze verzekerden weten hoe en waarom we gegevens verwerken en welke rechten ze precies hebben met betrekking tot het gebruik en de verwerking van deze gegevens door CM-verzekeringen. De privacyverklaring van CM-verzekeringen kunt u raadplegen op onze website en bekomen in de CM-kantoren.

Gelieve een kruisje te plaatsen in de onderstaande vakjes indien u instemt met de voorgestelde toestemming.

ALGEMENE TOESTEMMING

JA NEE Ik geef hierbij toestemming aan CM-verzekeringen om mijn gezondheidsgegevens te verwerken in het kader van de uitvoering van al mijn verzekeringsovereenkomsten. Zonder deze toestemming kan CM-verzekeringen de overeenkomsten niet uitvoeren en komen ingediende kosten niet in aanmerking voor een eventuele schaderegeling door de maatschappij.

BIJZONDERE TOESTEMMING

JA NEE Ik geef aan mijn CM-ziekenfonds en de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten (LCM) de toestemming om voor alle verzekerde personen aan CM-verzekeringen:

- de gegevens betreffende hun 'kosten voor gezondheidszorgen uit de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen' over te maken voor een correcte en (waar van toepassing) automatische uitbetaling van de waarborgen van de onderschreven CM-verzekeringen;
- te melden of het voor hen toepasselijk plafond voor de maximumfactuur werd bereikt en wanneer dit gebeurde, dit om een dubbele terugbetaling van kosten te vermijden;
- de gegevens van hun dossier betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en de CM-diensten en -voordelen over te maken om CM-verzekeringen toe te laten haar subrogatierecht uit te voeren met het oog op de terugvordering van haar tussenkomst in een schadegeval ten laste van de aansprakelijke derde.

JA NEE Ik geef aan CM-verzekeringen de toestemming om de noodzakelijke informatie uit het verzekeringsdossier door te geven aan mijn CM-ziekenfonds wanneer de verzekerde personen mogelijk nog recht hebben op bijkomende terugbetalingen via de CM-diensten en -voordelen.

CM-verzekeringen zal bovenvermelde gegevens verwerken met het oog op en binnen het kader van het verlenen en beheren van mijn verzekeringsdiensten, met inbegrip van het schadedossier en het opmaken van statistieken. CM-verzekeringen zal de verkregen gegevens niet gebruiken ter detectie van een eventuele voorafbestaande toestand en evenmin voor het opstellen van gepersonaliseerde individuele profielen van zijn verzekerden en zal ze ook niet gebruiken tegen de door deze overeenkomst verzekerde leden en hun kerngezin die voor het schadegeval aansprakelijk zouden zijn.

De gegevens zullen evenmin worden meegedeeld aan derden behalve indien dit nodig zou zijn voor de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst en/of voor de naleving van rechten en wettelijke verplichtingen in hoofde van CM-verzekeringen (bv. terugvordering van de aansprakelijke derde).

Ik teken voor akkoord met de hier boven aangekruiste toestemming(en).

Handtekening van de verzekerde ouder dan 18 jaar

Datum