

CM-HOSPITAALPLAN

AANVRAAG WAARBORG AMBULANTE KOSTEN ERNSTIGE ZIEKTE



Bezorg dit formulier aan CM-verzekeringen. Dit kan via verzekeringen@cm.be of onder gesloten omslag via een CM-brievenbus.

IN TE VULLEN DOOR BEHANDELLENDE SPECIALIST OF HUISARTS

Ik, ondergetekende, geneesheer,

Verklaar te behandelen:

Naam: Voornaam:

Straat: Nr.: Bus: Index:

Postcode: Gemeente: Land:

Rijksregisternummer:

AANDOENING EN BEHANDELING

AARD VAN DE AANDOENING:

DIAGNOSEDATUM:

FASE VAN DE BEHANDELING:

DE PATIENT IS IN ACTIEVE BEHANDELING SINDS/VANAF:

BEHANDELING

CHIRURGIE - Datum van de ingreep:-.....-.....

RADIOTHERAPIE - Tot:-.....-.....

CHEMOTHERAPIE - Tot:-.....-.....

IMMUNOTHERAPIE - Tot:-.....-.....

ANDERE DOELGERICHTE BEHANDELING:
Tot:-.....-.....

PALLIATIEVE BEHANDELING VOOR DEZE AANDOENING SINDS:

DE PATIENT IS UIT ACTIEVE BEHANDELING (REMISSIE) SINDS:

DATUM LAATSTE INGREEP / BEHANDELING:

Voor echt verklaard.

Handtekening behandelend specialist of huisarts en datum:

Ik heb een recent medisch verslag van de specialist toegevoegd.

Hierbij geef ik mijn akkoord tot het doorgeven van de medische gegevens.

Handtekening verzekerde en datum:

CM-HOSPITAALPLAN

AANVRAAG WAARBORG AMBULANTE KOSTEN ERNSTIGE ZIEKTE



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 gebruiken van 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 verzekeringnemer

.....
.....

Naam en handtekening van de persoon/personen ten laste
ouder dan 18 jaar

MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen, verzekeringsonderneming met maatschappelijke zetel in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en toegelaten onder codenummer 150/01 om de tak 2 'zikete' en tak 18 'hulpverlening' te beoefenen. Ondernemingsnummer 851.601.503.