



Dienst Personenschade  
 Van Eycklei 14 2018 Antwerpen  
 Tel. 03 203 85 11 – Fax 03 203 84 35  
 E-mail : Gl.Hospitalisatie.schade@Fidea.be

# AANGIFTE HOSPITALISATIE

In te vullen door Fidea

**Waarvoor dient dit formulier?**

Met dit formulier doet u aangifte van uw hospitalisatie in het kader van uw hospitalisatieverzekering.

**Wie vult dit formulier in?**

Dit formulier moet door de verzekeringsnemer, de persoon die gehospitaliseerd werd, de bemiddelaar of de behandelende arts ingevuld en ondertekend worden.

**Polisnummer**

.....

**Gegevens verzekeringsnemer**

**1 Vul hieronder de gegevens van de verzekeringsnemer in. In geval van een collectieve hospitalisatiepolis is dit de naam van de werkgever.**

Voornaam en achternaam .....  
 Straat en nummer .....  
 Postnummer en gemeente .....

**Gegevens van de gehospitaliseerde**

**2 Vul hieronder de gegevens van de persoon die gehospitaliseerd werd in.**

Voornaam en achternaam .....  
 Geboortedatum ..... / ..... / .....  
 Straat en nummer .....  
 Postnummer en gemeente .....  
 Bankrekeningnummer ..... / ..... / ..... Telefoonnummer .....

**Gegevens over de hospitalisatie**

**3 Kruis aan wat van toepassing is en vul aan.**

Daghospitalisatie  
 Datum ..... / ..... / .....  
 Hospitalisatie  
 Datum van opname ..... / ..... / .....  
 Datum van ontslag ..... / ..... / .....

**4 Kruis hieronder de reden van de hospitalisatie aan.**

ziekte. Ga naar vraag 9.     bevalling. Ga naar vraag 9.     zwangerschap. Ga naar vraag 9.  
 ongeval. Ga naar vraag 5.

**Gegevens over het ongeval**

Deze vraag moet u invullen als het om een ongeval gaat.

**5 Datum** ..... / ..... / .....    **Uur** .....    **Plaats** .....

**6 Omschrijf de omstandigheden van het ongeval.**

.....  
 .....

**7 Wat is de aard van het ongeval?**

privé-ongeval     arbeids(weg)ongeval     sportongeval onbezoldigd     sportongeval bezoldigd

**8 Werd er een proces-verbaal opgemaakt?**

nee     ja    Opgesteld door : .....  
 PV- of notitienummer : .....

**Medische informatie***Deze informatie is noodzakelijk voor de beoordeling van dit dossier.***9 Omschrijf de ziekte of de aard van de verwondingen.**

.....

.....

**10 Wanneer werden de eerste symptomen vastgesteld?**

.....

**11 Vul de volgende gegevens in.**

Datum eerste behandeling ..... / ..... / .....

Aard eerste behandeling .....

.....

.....

Aard van huidige behandeling .....

.....

Verband met een chronische ziekte  nee ja. Omschrijf hier dan deze ziekte.

.....

**Ondertekening****12 Verklaring juistheid gegevens.**

De verzekerde bevestigt de juistheid van de gegevens in dit formulier, zelfs indien ze niet met eigen hand geschreven zijn. Hij/zij verbindt zich ertoe de maatschappij al de aanvullende gegevens te verstrekken zodra deze hem/haar ter kennis gebracht zijn. Elke verzwijging of valse verklaring kan, onverminderd de eventuele rechtsvervolgingen, het verval van het recht op schadevergoedingen of de verplichting tot het terugbetalen van de uitgekeerde schadevergoeding tot gevolg hebben.

**13 Verklaring overeenkomstig de Wet van 8 december 1992 ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens.**

Ondergetekende verklaart hierbij toestemming te verlenen aan Fidea nv om de persoonsgegevens van de verzekerde die de gezondheid betreffen, te verwerken. Deze verwerking is noodzakelijk voor het beheer van de verzekeringsovereenkomst en de afhandeling van het schadedossier. In geval van geschil in verband met dit contract, kan de verzekeringsnemer een beroep doen op de ombudsman van Assuralia, de Meeûsplantsoen 29, 1000 Brussel.

Datum ..... / ..... / .....

Handtekening

Voornaam en achternaam .....

**Aan wie bezorgt u dit formulier?**

14 U stuurt dit formulier uiterlijk 15 dagen na de hospitalisatie naar het adres bovenaan op pagina 1.

**Mededeling overeenkomstig de Wet van 8 december 1992 ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens.**

15 De gegevens die op de gehospitaliseerde betrekking hebben, worden opgenomen in bestanden die gehouden worden om de verzekeringsovereenkomsten te kunnen opstellen, te beheren en uit te voeren. De verantwoordelijke voor de verwerking is Fidea nv, Van Eycklei 14, 2018 Antwerpen. U kunt van deze gegevens kennis nemen en ze indien nodig doen verbeteren. Alle oplichting of poging tot oplichting van de verzekeringsmaatschappij brengt niet alleen de opzegging van de verzekeringsovereenkomst mee, maar wordt ook strafrechtelijk vervolgd op grond van artikel 496 van het Strafwetboek. De betrokkene zal bovendien opgenomen worden in het bestand van het Economisch Samenwerkingsverband Datassur, dat de speciaal op te volgen verzekeringsrisico's ter herinnering brengt aan de aangesloten leden-verzekeraars.