

# HOSPITALISATIEVERZEKERING

# AANGIFTE VAN ZIEKTE OF ONGEVAL

**Polis nr** - **088/046 (Fam.431)** Ingevuld door de verzekerde terug te sturen  
aan : **Business Fit – 088/046**

Elke verzwijging of onvolledig antwoord (een streep is geen antwoord) kan nadelig zijn

## A. IDENTIFICATIE VAN DE VERZEKERDE:

NAAM-VOORNAAM: .....geboortedatum :.....  
Adres : .....Tel :.....

## B. AARD VAN HET SCHADEGEVAL : Ziekte Ongeval Privé-leven Arbeidsongeval of arbeidswegongeval Bevalling

Aard van de aandoening of het trauma: .....

Datum van de 1ste dag hospitalisatie: ...../...../.....

Naam en adres van de instelling: .....

## C. INLICHTINGEN IN VERBAND MET HET SCHADEGEVAL

Datum van de eerste symptomen van het probleem dat leidde tot deze hospitalisatie: ...../...../.....

Hebt u nog geleden aan dit probleem?  ja  nee .....Wanneer? ...../...../.....

Datum van het 1ste bezoek bij een arts in verband met de hierboven aangegeven aandoening: ...../...../.....

Naam & adres van deze arts: .....

Hebt u andere artsen geraadpleegd in verband met de hierboven aangegeven aandoening?  ja  nee

Wanneer? :...../...../..... Naam en adres: .....

Diagnose : ..... Datum waarop ze gesteld werd: ...../...../.....

Is er een chirurgische ingreep gepland?  ja  nee

Zo ja, welke? .....

Hebt u vóór de hospitalisatie geleden aan ernstige aandoeningen, bent u het slachtoffer geweest van ongevallen of hebt u chirurgische ingrepen ondergaan, die de gevolgen van deze hospitalisatie zouden kunnen verzwaren?  ja  nee

Zo ja, verduidelijk: .....

## D. ONGEVAL : Oorzaak : Sport Verkeer Andere

Datum : ...../...../..... Tijdstip: .....

Verslag van de feiten: .....

Werd er een proces-verbaal opgesteld?  ja  nee - Datum en nr. van het proces-verbaal: .....

Wordt er een derde aansprakelijk gesteld?  ja  nee - Identificatie van de derde: .....

## E. ALGEMEEN

Bent u bij een andere maatschappij gedekt door een verzekering met hetzelfde doel?  ja  nee

Naam & adres: .....polisnr :.....

Datum van de contractsluiting: ...../...../.....

Bent u aangesloten bij een ziekenfonds : - voor de wettelijke dekkingen?  ja  nee

- voor de aanvullende dekkingen?  ja  nee

Naam & adres: .....

Bestaan er andere contracten die naar aanleiding van dit schadegeval kunnen worden ingeroepen (invaliditeitsverzekering, auto, BA, wet,) en bij welke maatschappijen?  ja  nee

Naam & adres: .....Polisnr : .....

## F. GEWENSTE BETALING

Op bankrekening nr. ....Houder van de rekening .....

De meegedeelde gegevens mogen door AXA Belgium worden verwerkt met het oog op de klantenservice, de aanvaarding van risico's, het beheer van contracten en schadegevallen, alsook de betaling van verzekeringssommen. Om een optimale service te verlenen, kunnen deze gegevens worden meegedeeld aan de ondernemingen van de AXA Groep of aan de ondernemingen die ermee in verbinding staan. De betrokken personen verlenen hun toestemming voor de verwerking van de gegevens die hun gezondheid betreffen wanneer deze nodig zijn voor de aanvaarding, het beheer en de uitvoering van het contract door de beheerders die optreden in het kader van dit contract. Deze verwerking is vastgesteld in de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Alle informatie zal met de grootste discretie worden behandeld. De betrokken personen kunnen van deze gegevens kennis krijgen, ze laten verbeteren en zich gratis verzetten tegen de verwerking ervan met het oog op direct marketing. Hiertoe dient een gedateerd en ondertekend verzoek vergezeld van een recto-versokopie van de identiteitskaart aan de klantendienst van de maatschappij te worden gezonden.

Dit vakje dient te worden aangekruist, indien de betrokken personen niet willen worden ingelicht over direct marketingacties van de maatschappij.

Nadere inlichtingen kunnen bij de klantendienst van de maatschappij worden verkregen.

Aldus gedaan te. ....op...../...../.....

**Handtekening van de verzekerde :**