

CM-Hospitaalplan Aangifteformulier

Bezorg dit aangifteformulier samen met de facturen of bewijsstukken aan CM via verzekeringen@cm.be of een CM-brievenbus.

Wist u dat u ook via www.cm.be/aangifte-hospitalisatie eenvoudig uw hospitalisatie kunt aangeven? Op die manier houdt u zelf de originele facturen bij en is er een snellere verwerking van uw aangifte.

Identificatiegegevens: vul in of plak een gele klever

Naam: Voornaam:
Straat: Nr.: Bus: Index:
Postcode: Gemeente: Land:
Tel.: E-mailadres:
Rijksregisternummer:

Uw ziekenhuisfactuur

* Factuurdatum: * Factuurnummer: * Factuurbedrag:

Deze aangifte is: (vink aan wat van toepassing is)

in het kader van een hospitalisatie bij een **bevalling/zwangerschapscomplicatie/miskraam of thuisbevalling**.
(Omcirkel wat van toepassing is.)

Datum van: - - tot: - -

Vooropgestelde bevallingsdatum: - -

in het kader van een **vruchtbaarheidsbehandeling**.

Startdatum: - -

in het kader van een hospitalisatie bij een **ernstige ziekte**. Deze ziekte/aandoening moet opgenomen zijn in de limitatieve lijst van CM-Hospitaalplan. De lijst kunt u raadplegen in de algemene voorwaarden op www.cm.be/verzekeringen.

Datum van: - - tot: - -

Naam ziekte/aandoening en reden van opname: vul dit zo gedetailleerd mogelijk in.

.....

Was uw hospitalisatie een gevolg van een ernstige ziekte? Dan hebt u eventueel bijkomend recht op een tegemoetkoming in de medische kosten zonder hospitalisatie. Vroeg u nog geen erkenning aan? Op www.cm.be/aangifte-hospitalisatie vindt u meer informatie en kunt u het aanvraagformulier 'ambulante kosten ernstige ziekten' downloaden.

in het kader van een hospitalisatie bij een **ziekte/ingreep**.

Datum van: - - tot: - -

Reden van opname: vul dit zo gedetailleerd mogelijk in. Op basis hiervan berekent CM-verzekeringen de tegemoetkoming in de medische kosten van voor- en nazorg.

.....

CM-Hospitaalplan Aangifteformulier

Beantwoord alle onderstaande vragen

Was de ziekenhuisopname het gevolg van een ongeval (verkeersongeval, sportongeval, arbeidsongeval, privé-ongeval, ongeval op school of in de jeugdbeweging ...)?

Nee

Ja

* Datum en tijdstip van het ongeval:

* Korte beschrijving van het ongeval:

.....

* Beschrijf de letsels ten gevolge van het ongeval:

.....

* Ging het om een verkeersongeval?

Ja

Nee

Is deze factuur reeds betaald aan het ziekenhuis?

Ja

Nee

Geef u uw instemming en uitdrukkelijk akkoord aan CM Vlaanderen om uw individuele rechten te verdedigen bij eventuele vaststellingen van een foutieve aanrekening op basis van artikel 39 §1 van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen?

Ja

Nee

Komt er eerst een andere verzekeringsmaatschappij (bv. arbeidsongevallenverzekering, verzekering van derden of hospitalisatieverzekering) tussen in de medische kosten?

Ja - wat is de naam van deze verzekeringsmaatschappij?

Nee

Verklaring 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 CM (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 CM Vlaanderen 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.

4. Ik draag aan CM-verzekeringen mijn recht over om van het ziekenhuis of de zorgverstrekker 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.

7. Ik weet dat de tegemoetkomingen van CM-verzekeringen worden gestort op het rekeningnummer dat bij CM gekend is voor de terugbetaling van mijn gezondheidszorgen.

CM-Hospitaalplan Aangifteformulier

Naam en 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 die voor u van toepassing zijn.

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 CM Vlaanderen 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 CM Vlaanderen 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 vermelde verklaringen en gegevens.

Ik teken voor akkoord met de hier boven vermelde toestemmingen in verband met de verwerking van medische persoonsgegevens.

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

(*) naam + adres toevoegen

Handtekening: