



# Aanvraag tot tegemoetkoming

## Reisvaccinaties

### CM-MediKo Plan



#### Identificatiegegevens CM-lid:

Naam: ..... Voornaam: .....

Straat: ..... Nr.: ..... Bus: ..... Index: .....

Postcode: ..... Gemeente: ..... Land: .....

Rijksregisternummer:

In te vullen door het vaccinatiecentrum, apotheek of erkend zorgverstreker:

Naam van het vaccin		Bedrag betaald door de patiënt
<input type="checkbox"/> Gele koorts: .....	<input type="checkbox"/> CNK:.....	.....
<input type="checkbox"/> Hepatitis A:.....	<input type="checkbox"/> CNK:.....	.....
<input type="checkbox"/> Buiktyfus:.....	<input type="checkbox"/> CNK:.....	.....
<input type="checkbox"/> Japanse encefalitis:.....	<input type="checkbox"/> CNK:.....	.....
<input type="checkbox"/> Tekenencefalitis:.....	<input type="checkbox"/> CNK:.....	.....
<input type="checkbox"/> Polio:.....	<input type="checkbox"/> CNK:.....	.....
<input type="checkbox"/> Menigitis A-W-Y:.....	<input type="checkbox"/> CNK:.....	.....

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

Door ondertekening van dit document verklaar ik als zorgverstreker dat de bovenstaande informatie naar waarheid werd verstrekt.

Stempel en handtekening verstreker

.....

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

Door ondertekening van dit document verklaar ik mij als verzekerde akkoord met de bepalingen op de tweede pagina van dit document.

Handtekening verzekerde

.....

Gelieve dit formulier te bezorgen aan CM via de Mijn CM-app of een CM-brievenbus in de buurt.

# Aanvraag tot tegemoetkoming

## Reisvaccinaties

### CM-MediKo Plan



#### VERKLARING VERZEKERDE EN BEPALINGEN CM-MEDIKO PLAN

- Ik verklaar dat bovenvermelde gegevens juist zijn en naar waarheid werden ingevuld.
- Ik verbind mij ertoe op vraag alle inlichtingen die betrekking hebben op deze aangifte te bezorgen.
- Ik geef mijn ziekenfonds en de CM de machtiging om aan de MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen:
  - mijn administratieve CM-lidgegevens (contactgegevens, samenstelling gezin, betaling bedragen ...) over te maken om mijn dossier bij te werken;
  - mijn gegevens betreffende de medische kosten uit de verplichte ziekteverzekering over te maken in het kader van een automatische betaling van mijn kosten in het kader van CM-MediKo plan;
  - te melden wanneer het voor mij toepasselijk plafond voor de maximumfactuur werd bereikt, dit om een dubbele terugbetaling van kosten te vermijden;
  - de gegevens van mijn dossier betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en de Diensten en Verrichtingen over te maken om de VMOB toe te laten haar subrogatierecht uit te voeren met het oog op een terugvordering van haar tussenkomst in een schadegeval ten laste van de aansprakelijke derde.
- 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.
- Ik geef de VMOB de toestemming om de vermelde gegevens te verwerken met het oog op en binnen het kader van het verlenen en het beheren van verzekeringsdiensten, met inbegrip van het schadebeheer en het opmaken van statistieken. De VMOB zal de verkregen gegevens niet gebruiken voor het opstellen van gepersonaliseerde individuele profielen van zijn verzekerden. De VMOB zal ze ook niet gebruiken tegen mij als het door deze overeenkomst verzekerd lid en mijn kerngezin voor dit schadegeval aansprakelijk zouden zijn. De VMOB zal deze gegevens niet meedelen 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 de VMOB (bvb. terugvordering van de aansprakelijke derde).
- De VMOB behandelt mijn gegevens in overeenstemming met de EU Verordening 2016/679 (algemene verordening gegevensbescherming). Ik weet dat ik een recht van inzage heb dat mij in staat stelt uitsluitend te verkrijgen over het al dan niet verwerken van de desbetreffende persoonsgegevens, en desgevallend inzage te verkrijgen hierin. Ik mag vragen foutieve gegevens recht te zetten of weg te laten en heb het recht mij te verzetten tegen het gebruik ervan door direct marketing.
- Ik draag aan CM-verzekeringen mijn recht over om van het ziekenhuis of de zorgverstrekker de bedragen te vorderen die ten onrechte zijn aangerekend en waarvoor CM-verzekeringen tussenkomst heeft verleend.
- Ik verbind me ertoe om alle facturen en bewijsstukken zo spoedig mogelijk en uiterlijk binnen de 3 jaar aan CM-verzekeringen te bezorgen.
- Ik verbind me ertoe om de 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.

Deze aanvraag wordt gebruikt door MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen voor de tegemoetkoming in het kader van CM-MediKo Plan. CM-MediKo Plan wordt aangeboden door MOB verzekeringen CM-Vlaanderen, verzekeringsonderneming toegelaten onder codenummer 150/01.

We behandelen uw persoonsgegevens overeenkomstig de geldende Belgische en Europese privacywetgeving, in het bijzonder de GDPR-verordening (2016/679) betreffende de bescherming van persoonsgegevens en het vrije verkeer van die gegevens. Voor meer informatie in verband met de verwerking van uw persoonsgegevens kunt u onze privacyverklaring raadplegen op onze website <https://www.cm.be/disclaimer/privacyverklaring-cm>.