

Volledig in te vullen door de verzekerde

1. Polisnummer:

2. Identificatie verzekerde:

- Naam en voornaam:

- Adres:

- Telefoonnummer:

- Geboortedatum: / /

- Rekeningnummer: - - op naam van:

3. Ziekenhuisopname

- Datum van opname: / / tot en met / /

- Reden van opname: ziekte ongeval bevalling/zwangerschap

- In geval van ongeval:

a) Datum en uur:

b) Aard en omstandigheden van het ongeval:

c) Eventuele tegenpartij: naam

adres

verzekeringsmaatschappij

polisnummer

d) Werd er een proces-verbaal opgemaakt? Ja Neen

Zo ja, door wie? Pv nr:

Naam en adres van uw huisarts:

Sinds wanneer?

Telefoonnummer van uw huisarts?

Is uw huisarts op de hoogte van deze behandeling? Ja Neen

Bescherming medische gegevens:

Het is mogelijk dat Fidea nv bijkomende medische inlichtingen nodig heeft om uw dossier te behandelen. Als patiënt geeft u hierbij uw artsen de toestemming om de gevraagde medische inlichtingen aan de adviserende geneesheer van Fidea nv mee te delen.

Tevens verleent u Fidea nv de toestemming om de door u verstrekte medische en niet medische gegevens in haar bestanden op te nemen en in voorkomend geval door te geven aan de beoefenaar van de geneeskunde.

Fidea zal deze gegevens enkel registreren en eventueel doorgeven in het kader van het beheer van het dossier en voor statische doeleinden. In voorkomend geval kan Fidea nv niet medische gegevens doorgeven aan het ESV Datassur (De Meeûsplantsoen 29, 1000 Brussel), dit om fraude te bestrijden. U heeft het recht om deze gegevens in te zien en te laten verbeteren bij Fidea nv, en om bij de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer het openbaar register te raadplegen.

Naam:

Handtekening,

Datum: / /

Volledig in te vullen door uzelf of door uw huisarts of behandelende arts

1. Aard van de verwondingen of ziekte

.....
.....

2. Eigenlijke begindatum van de ziekte / ongeval?

.....

3. - Wanneer is verzekerde voor het eerst in behandeling geweest voor deze aandoening?

Aard van de behandeling:

.....

Periode: van / / tot / /

- Zijn er opvolgingsonderzoeken geweest? (jaarlijks, maandelijks ...)

.....

- Werd verzekerde voor deze aandoening reeds eerder gehospitaliseerd? Ja Neen

Zo ja, wanneer?

- Is er een verband met een chronische aandoening? Ja Neen

Zo ja, specificeer:

4. Identificatie geneesheer (indien ingevuld door arts)

- Naam:

- Adres:

- Telefoonnummer:

Datum: / /

Handtekening en stempel,