

Dossiernummer \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(voorbehouden aan Ethias)

Terug te sturen naar: Ethias - Zetel voor Vlaanderen  
Prins-Bisschopssingel 73, 3500 Hasselt  
Tel. 011 28 21 11 - Fax 011 28 20 20

**1 IDENTITEIT VAN DE TITULARIS**

Naam \_\_\_\_\_ Voornaam \_\_\_\_\_  
Mevrouw - De heer (het onnodige schrappen) - gehuwde vrouw of weduwe: meisjesnaam  
Straat \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ bus \_\_\_\_\_  
Postcode \_\_\_\_\_ Gemeente \_\_\_\_\_  
Geboortedatum \_\_\_\_\_ Tel. nr. \_\_\_\_\_  
Bankrekeningnummer \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Polisnummer \_\_\_\_\_ Aansluitingsdatum \_\_\_\_\_  
Bij de aansluiting betrokken instelling (gemeente, ministerie, werkgever, ...) \_\_\_\_\_  
Zo u nog een aanvullende ziekteverzekering aanging, gelieve dan naam en adres van de verzekeraar te vermelden (samen met het polisnummer) \_\_\_\_\_

**2 IDENTITEIT VAN DE PATIENT**

Naam \_\_\_\_\_ Voornaam \_\_\_\_\_  
Mevrouw - De heer (het onnodige schrappen) - gehuwde vrouw of weduwe: meisjesnaam  
Kaartnummer Assurcard (indien van toepassing) \_\_\_\_\_  
Verwantschap met de titularis **1** \_\_\_\_\_ Geboortedatum \_\_\_\_\_

**3 AANLEIDING TOT DE VERGOEDINGSAANVRAAG**

- a) Heelkundige ingreep ☐ Ja ☐ Neen  
b) Opname in een ziekenhuis ☐ Ja ☐ Neen  
c) Ernstige ziekte ☐ Ja ☐ Neen

**4 INVULLEN ZO DE VERGOEDINGSAANVRAAG HET GEVOLG IS VAN EEN ONGEVAL**

- a) Plaats van het ongeval \_\_\_\_\_  
Vermeld de gemeente, eventueel straat en nummer \_\_\_\_\_  
b) Dag, datum en uur van het ongeval \_\_\_\_\_ om \_\_\_\_\_ uur  
c) Hoe heeft het ongeval zich voorgedaan? \_\_\_\_\_  
Geef een zo bondig en juist mogelijke beschrijving van het ongeval, met vermelding van de materiële oorzaak ervan \_\_\_\_\_  
d) Naam, voornaam en volledig adres van de voornaamste getuigen van het ongeval \_\_\_\_\_  
e) Indien het ongeval te wijten is aan een derde, naam en volledig adres van deze derde \_\_\_\_\_  
Werd het ongeval vastgesteld door een verbaliserende autoriteit? Welke? \_\_\_\_\_

Ethias verzamelt uw persoonsgegevens voor de evaluatie van het risico, het beheer van de verzekeringsovereenkomsten en de schadegevallen, voor het promoten van haar diensten en voor het voeren van getrouwheidsacties. Uw persoonsgegevens kunnen voor commerciële doeleinden doorgegeven worden aan de ondernemingen die deel uitmaken van de Ethias groep. U hebt het recht om uw persoonsgegevens in te kijken, om eventuele correcties te laten aanbrengen en om u gratis te verzetten tegen het gebruik ervan voor commerciële doeleinden. Verzet u zich tegen dit gebruik?.....

De gezondheidsgegevens zullen verwerkt worden voor de aanvaarding van de risico's onderschreven bij Ethias, het bepalen van de omvang van de

waarborgen en het beheer van de verzekeringsovereenkomsten en de schadegevallen. Deze gegevens zullen beheerd worden door de daartoe bij Ethias gemachtigde personen. U kan op ieder ogenblik uw toestemming tot het verwerken van deze gegevens door de hoger vermelde personen intrekken.

Elke klacht over de verzekeringsovereenkomst of over het beheer van een schadegeval kan worden gericht aan:

- Ethias – Dienst 2160 Prins-Bisschopssingel 73 3500 Hasselt  
fax 011 28 26 60 klachten.col@ethias.be
- Ombudsdienst Verzekeringen – de Meeûssquare 35 1000 Brussel  
fax 02 547 59 75 info@ombudsman.as

Opgemaakt te \_\_\_\_\_ op \_\_\_\_\_

Ik machtig Ethias mijn gezondheidsgegevens te verwerken

**Handtekening**

ETHIAS NV rue des Croisiers 24 4000 Luik www.ethias.be info@ethias.be

Verzekeringsonderneming toegelaten onder het nr. 0196 voor de beoefening van alle verzekeringstakken Niet-Leven, de levensverzekeringen, de bruidsschats- en geboorteverzekeringen (KB van 4 en 13 juli 1979, BS van 14 juli 1979) alsook de kapitalisatieverrichtingen (Beslissing CBFA van 9 januari 2007, BS van 16 januari 2007)  
RPR Luik BTW BE 0404.484.654 Rekening Ethias Bank: 827-0821680-86 IBAN: BE78 8270 8216 8086 BIC: ETHIBEBB

**Geneeskundig getuigschrift**  
In te vullen door de behandelende geneesheer

Ik, die onderteken ..... (1)

verklaar dat

a. in behandeling is sinds        .        .        .        (3)

voor ..... (4)

b. opgenomen moet worden op \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ tot \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ (5)

opgenomen werd op  .  .  tot  .  .  (5)

voor ..... (4)

c. geopereerd moet worden op \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ ..... (5)

geopereerd werd op      .      .      (5)

voor ..... (6)

RIZIV-codenummer van de ingreep .....

Opgemaakt te \_\_\_\_\_ op \_\_\_\_\_

De geneesheer (handtekening)

- (1) Naam, voornaam, eventueel specialisme en adres van de geneesheer.
- (2) Naam, voornaam en adres van de patiënt.
- (3) Datum waarop de aandoening voor het eerst werd vastgesteld.
- (4) Aard van de aandoening of verwonding. Zo geen vermelding, gelieve dan een kort medisch verslag aan de adviserende arts van Ethias te sturen.
- (5) Invullen wat past.
- (6) Aard van de ingreep.