

# Terugbetalingsaanvraag Hospitalia

helan

Onafhankelijk  
ziekenfonds



Stuur het formulier op naar: Helan Onafhankelijk ziekenfonds,  
**Boomsesteenweg 5, 2610 Wilrijk.**

Je kunt dit formulier ook samen met de ziekenhuisfactuur opladen  
via **Mijn Helan**

Getuigschriften moet je ons origineel bezorgen, vergezeld met dit  
formulier.

**Opgepast: vooraleer u dit document invult, raden wij u aan de nota met uitleg op de keerzijde te lezen**

Naam: .....	Kleefzegel ziekenfonds aanbrengen
Voornaam: .....	
Klantnummer: .....	

Aanvraag voor een tegemoetkoming voor:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> voorschot betaald aan het ziekenhuis | <input type="checkbox"/> voor- en nazorg* (zie keerzijde) |
| <input type="checkbox"/> ziekenhuisfactuur                    | <input type="checkbox"/> waarborg Zwarte Ziektes          |

Reden van de mogelijke ziekenhuisopname:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> arbeidsongeval of ongeval op de weg van en naar het werk dat zich voordeed op ..... / ..... / ..... (dd/mm/jjjj) |  |
| <input type="checkbox"/> vooraf bestaande aandoening / ziekte / toestand  | <input type="checkbox"/> bevalling     |
| <input type="checkbox"/> ziekte   | <input type="checkbox"/> andere: ..... |

Ik verklaar op erewoord dat de huidige ziekenhuisopname

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> het gevolg is ...         | <input type="checkbox"/> geen gevolg is ...   | van één van de punten vermeld op de keerzijde <sup>1</sup> |
| <input type="checkbox"/> een esthetisch doel heeft | <input type="checkbox"/> geen esthetisch doel |  |

In geval van ongeval, vermeld het type ongeval:

- |                                |                                 |                                |                                 |                              |
|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> privé | <input type="checkbox"/> arbeid | <input type="checkbox"/> sport | <input type="checkbox"/> school | datum: ..... / ..... / ..... |
|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------|

Lijkt er sprake te zijn van een aansprakelijke derde?  JA  NEEN

Bent u gedekt door een andere polis hospitalisatieverzekering?  JA  NEEN

Zo ja, geef de naam op: .....

- Hierbij verklaar ik uitdrukkelijk en tot het verschuldigde beloop, subrogatie te verlenen aan de VMOB (Verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand) "MLOZ Insurance", voor al zijn rechten ten aanzien van elke verantwoordelijke voor dit schadegeval, met inbegrip van elke verzekeraar.
- Ik verleen machtiging aan de VMOB om de gedetailleerde opgave van de facturatie te vragen aan het ziekenhuis en aan de medische hulpverleners en om over te gaan tot elke terugvordering in mijn naam bij deze laatsten, voor ten onrechte aangerekende en/of betaalde verstrekkingen.
- Ik verklaar dat ik op de hoogte ben dat ik bij een valse verklaring het risico loop op sancties zoals omschreven in de statuten van de VMOB (uitsluiting) en strafsancties. Bovendien ben ik mij ervan bewust dat een valse verklaring afleggen een strafbare vorm is van schriftvervalsing en (poging tot) oplichting.
- Ik aanvaard dat de VMOB MLOZ Insurance rechtstreeks contact opneemt met mijn ziekenfonds of met de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (MLOZ) om mijn terugbetalingen te optimaliseren op basis van de gegevens die zij ontvangen hebben in het kader van de verplichte en de aanvullende verzekering.

Opgemaakt te .....  
op ..... / ..... / .....

Naar waarheid opgemaakt,  
**verplichte handtekening van de verzekerde:**



\*GT03011D0000000737648300\*

\* Enkel in te vullen voor zorgen die te maken hebben met de ziekenhuisopname indien:

- de verstrekkingen van voor- en of nazorg via een e-attest zijn afgerekend.
- u uw getuigschriften (doktersbriefjes) al indiende bij het ziekenfonds.

Gelieve hier het ticketnummer van het e-attest (bv. 526-1-200329-00000001-29) of de datum van verstrekking te vermelden.

1.	6.
2.	7.
3.	8.
4.	9.
5.	10.

Mevrouw,  
Juffrouw,  
Mijnheer,

Wij wensen u een spoedig herstel toe en hopen met u dat u, na uw hospitalisatie, gezond mag blijven.

Alle inlichtingen die wij in bijgaand document van u vragen, zijn bedoeld om de berekening van de terugbetaling van uw hospitalisatiekosten, van voor- en nazorg en van zorg die voor de waarborg zware ziektes wordt toegekend te vergemakkelijken. Het gaat dus om belangrijke inlichtingen. U hebt er dan ook belang bij dit document op correcte wijze in te vullen, zodat wij u zo spoedig mogelijk kunnen terugbetalen. **U dient natuurlijk zelf de factuur te betalen aan het ziekenhuis.**

Enkele aanbevelingen:

- u dient een apart document "Terugbetalingsaanvraag Hospitalia" in te vullen voor elke aanvraag van terugbetalingen;
- wanneer het gaat om een eerste terugbetalingsaanvraag voor een verblijf in het ziekenhuis, dan dient u bij deze aanvraag verplicht de gedetailleerde factuur van dit ziekenhuis te voegen;
- indien u aangesloten bent bij Hospitalia Continuïteit, zal u een terugbetaling krijgen op basis van de gedetailleerde afrekening van de tussenkomst van uw groepsverzekeraar, die u ons toestuurt.  
U moet de ziekenhuisfactuur dus naar uw groepsverzekeraar sturen.

Ontvangt u daarna voor hetzelfde ziekenhuisverblijf nog andere facturen, dan dient u ook hier de facturen bij een nieuw document "Terugbetalingsaanvraag Hospitalia" te voegen.

Indien u verzekerd bent voor de verzorging vóór de ziekenhuisopname en/of de nazorg alsook voor de waarborg Zware Ziektes, moet u ons bovendien uw originele facturen en de afrekening door het ziekenfonds van de getuigschriften voor verstrekte hulp of een kopie ervan, bezorgen of vermelden in het kader hierboven.

De bewijsstukken mogen digitaal worden verzonden, met uitzondering van getuigschriften van verstrekte hulp (die origineel moeten zijn). In dit geval moet de digitale kopie van goede kwaliteit (leesbaar) en conform het origineel zijn (geen handgeschreven wijzigingen of bijwerkingen). Wij behouden ons het recht voor om het origineel bij u op te vragen.

Wij weten uit ervaring dat de honorariumsupplementen ten laste van het lid vaak de hoogte ingaan, zodra het ziekenhuis verneemt dat de patiënt een hospitalisatieverzekering geniet. Wij raden u, in uw eigen belang, dan ook aan om nooit te zeggen dat u zo'n verzekering hebt.

U kunt tevens een beroep doen op ons, wanneer u behoefte hebt aan een luisterend oor, of zo u advies en hulp nodig hebt bij het vervullen van de formaliteiten die gepaard gaan met een ziekenhuisopname.

U kunt op ons rekenen!

Uw ziekenfonds.

<sup>1</sup> De reden voor de ziekenhuisopname heeft te maken met één van de volgende punten:

- ziekte of ongeval:
  - ingevalge oorlogsfeiten;
  - ingevalge het beoefenen van een betaalde sport, met inbegrip van de training;
  - ingevalge relletjes, burgeronlusten en elke handeling van collectief geweld van politieke, ideologische of sociale oorsprong met of zonder opstand tegen de overheid of elke gevestigde macht;
  - voorkomend wanneer de verzekerde onder de invloed is van verdovende middelen, hallucinogenen of andere drugs;
  - voortvloeiend uit de vrijwillige deelname aan een misdaad of een vergrijp;
  - voortvloeiend uit een vrijwillige handeling van de verzekerde, behalve in geval van redding van personen of goederen, of uit een vrijwillige verergering van het risico door de verzekerde;
  - voortvloeiend uit dronkenschap, alcoholisme en toxicomanie;
  - voortvloeiend uit kernreacties;
- verstrekkingen van het type verjongingskuur.

Conform de Europese Verordening van 27 april 2016 over de Bescherming van Gegevens (GDPR) worden uw gegevens verwerkt door de VMOB MLOZ Insurance, die optreedt als verwerkingsverantwoordelijke en door je ziekenfonds, als haar agent en verwerker, voor het beheer van uw verzekeringscontracten. Ons beleid inzake de persoonlijke levenssfeer is beschikbaar via de volgende link: <https://www.mloz.be/nl/content/privacy-mloz-insurance> of op aanvraag per brief.

**MLOZ Insurance** is de verzekeringsmaatschappij van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (Partenamut - Freie Krankenkasse - Helan Onafhankelijk ziekenfonds). Erkend onder het CDZ-codenummer 750/01 voor de takken 2 en 18, bij de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen.

Hoofdzetel: Lenniksebaan 788A, 1070 Brussel - België (RPR Brussel) - [www.mloz.be](http://www.mloz.be) - Ondernemingsnummer: 422.189.629