

MELDINGSFORMULIER ZIEKENHUISOPNAME*(Ook te downloaden van www.oomverzekeringen.nl)***VERZEKERINGNEMER****POLISNUMMER:**

Naam en voornamen: (M/V)

Adres:

E-mail:

Telefoonnummer: Faxnummer:

VERZEKERDE OP WIE DIT FORMULIER BETREKKING HEEFT

Naam en voornamen: (M/V)

Geboortedatum:

Adres:

E-mail:

Telefoonnummer: Faxnummer:

ZIEKENHUISOPNAME

Ziekenhuis: Afdeling:

Adres:

E-mail:

Telefoonnummer: Faxnummer:

Opnamedatum: Opnameduur:

Verpleegkosten per dag: Opnameklasse:

TOELICHTING

1. a. Wat zijn de klachten?

b. Wat is de diagnose/reden van opname?

2. Op welke datum begonnen de klachten?

3. Op welke datum werd voor deze klachten voor het eerst

een arts geconsulteerd?

4. Naam en adres huisarts:

5. Naam en adres behandelend specialist:

6. Is de opname het gevolg van een ongeval? nee ja: vul tevens het Meldingsformulier Ongeval in.*(Dit formulier kunt u downloaden van www.oomverzekeringen.nl)*

7. Bij ziekenhuisopname in Nederland: wat was de aankomstdatum in Nederland?

Verzekerde (naam), geboren verklaart:

- vorenstaande vragen en opgaven naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord en geen bijzonderheden met betrekking tot deze opname te hebben verzwegen en ermee bekend te zijn dat bij onjuiste/onvolledige/onware opgave elk recht op uitkering vervalt;
- toestemming te geven aan de medisch adviseur(s) van OOM Global Care N.V., of aan de medisch adviseur(s) van een door OOM Global Care N.V. in te schakelen organisatie, om, indien deze na het beoordelen van de antwoorden op de gestelde vragen nog onvoldoende informatie heeft om tot een advies te komen, de van belang zijnde medische gegevens op te vragen bij de door u genoemde arts(en) in verband met hetgeen waarvoor u bent/wordt opgenomen en waarvan u hierbij melding doet;
- ermee bekend te zijn dat dit meldingsformulier ziekenhuisopname en de eventueel nog nader te overleggen gegevens dienen om de omvang van de schade en het recht op uitkering vast te stellen. Dit geldt ook voor de machtiging die tot maximaal één jaar na ondertekening van dit formulier geldig is.
- van de inhoud van dit formulier kennis te hebben genomen.

Handtekening: De verzekerde dient zelf te ondertekenen, tenzij hij/zij nog geen 16 jaar oud

Datum: Plaats: is, onder curatele is gesteld of ten behoeve van hem/haar een mentorschap is ingesteld. In dat geval tekent de wettelijk vertegenwoordiger.

Naam wettelijk vertegenwoordiger: Uitsluitend in te vullen als de verzekerde nog geen 16 jaar oud is, onder curatele

Relatie tot verzekerde (maak keuze): vader/moeder – voogd – mentor is gesteld of ten behoeve van hem/haar een mentorschap is ingesteld.

Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode "Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen" van toepassing.

De verstrekte gegevens kunnen worden verwerkt in het Centraal Informatiesysteem van de in Nederland werkzame verzekeringsmaatschappijen, eigendom van de Stichting CIS, gevestigd op het Huis te Heideweg 30, Postbus 124, 3700 AC te Zeist, www.stichtingcis.nl.

Aanmelding van deze verwerking van persoonsgegevens is op 9 augustus 2002 gedaan bij het College bescherming persoonsgegevens (meldingsnummer 1029513).