



Uw aanvraag voor een uitbetaling “ernstige ziekte”

Geachte cliënt

U hebt bij Argenta Assuranties de hospitalisatieverzekering met de waarborguitbreiding “Argenta Cares 2 Cover”. Wij danken u voor het vertrouwen dat u in ons stelt.

Om te kunnen beoordelen of u recht hebt op een forfaitaire vergoeding, hebben wij de hierna vermelde bijkomende medische gegevens nodig. U hoeft hiervoor geen nieuw onderzoek te laten uitvoeren. Uw huisarts kan het verslag ophalen uit uw medisch dossier.

- Bijgevoegd document berichtgeving “ernstige ziekte” (in te vullen door uw huisarts)
- Meest recente verslag van een specialist
- In geval van hersenaandoening: gestandaardiseerd MMSE

Wilt u voor het versturen van deze documenten het volgende adres op de envelop vermelden?

*Aan de adviserend arts
Medische Dienst HVZ
Argenta Assuranties nv
Belgiëlei 49-53
2018 Antwerpen*

Na ontvangst van het medische verslag en de ingevulde berichtgeving “ernstige ziekte” brengen wij u op de hoogte van onze beslissing of gaan wij onmiddellijk over tot vergoeding volgens de algemene voorwaarden.

Met vriendelijke groeten

Dienst Schade Hospitalisatieverzekeringen

Polisnummer:

Kantoorhoudersnummer:



Berichtgeving “ernstige ziekte”

Waarvoor dient dit formulier?

Dit formulier wordt **ingevuld door de huisarts**. De informatie die u met dit formulier geeft, moet een vlotte forfaitaire uitbetaling mogelijk maken. Zij wordt met de grootst mogelijke vertrouwelijkheid behandeld.

Aan wie bezorgt u dit formulier?

Aan de adviserend arts
Medische Dienst HVZ
Argenta Assuranties nv
Belgiëlei 49-53
2018 Antwerpen

1. Identificatie – in te vullen door de verzekerde	
Naam:	
Voornaam:	
Geslacht:	
Geboortedatum:	
Straat / nummer / bus:	
Postcode / gemeente:	

2. Ernstige ziekten	
<input type="checkbox"/> Kanker	<input type="checkbox"/> stadium I
	<input type="checkbox"/> stadium II
	<input type="checkbox"/> stadium III
	<input type="checkbox"/> stadium IV
<input type="checkbox"/> Hematologische nieuwvormingen (myeloid - lymfoid - histiocytair/dendritisch)	<input type="checkbox"/> zonder stamceltransplantatie
	<input type="checkbox"/> met stamceltransplantatie
<input type="checkbox"/> Nierdialyse	<input type="checkbox"/> wegens chronisch sterk verminderde nierfunctie
<input type="checkbox"/> Transplantatie	<input type="checkbox"/> hart
	<input type="checkbox"/> longen
<input type="checkbox"/> Brandwonden	<input type="checkbox"/> graad 3 en > 15% lichaamsoppervlakte
<input type="checkbox"/> Psychische stoornissen	<input type="checkbox"/> schizofrenie
<input type="checkbox"/> Verlamming gedurende 1 jaar	<input type="checkbox"/> paraplegie (geen paraparese)
	<input type="checkbox"/> tetraplegie (geen tetraparese)

Polisnummer:

Kantoorhoudersnummer:

<input type="checkbox"/> Spier/zenuwziekten	<input type="checkbox"/> amyotrofische laterale sclerose (ALS)
	<input type="checkbox"/> progressieve musculaire atrofie (PMA)
	<input type="checkbox"/> primaire laterale sclerose
	<input type="checkbox"/> progressieve bulbaire paralyse
	<input type="checkbox"/> Duchenne spierdystrofie
	<input type="checkbox"/> Becker spierdystrofie
	<input type="checkbox"/> myotone dystrofie (ziekte van Steinert)
<input type="checkbox"/> Hersenaandoeningen (maximale score van 14 op de gestandaardiseerde mini mental state examination (MMSE))	<input type="checkbox"/> dementie
	<input type="checkbox"/> ziekte van Parkinson
	<input type="checkbox"/> meervoudige systeem atrofie (MSA)
	<input type="checkbox"/> progressieve supranucleaire paralyse (PSP)
	<input type="checkbox"/> corticobasale degeneratie

3. Historiek ernstige ziekte	
Datum eerste klachten:	
Datum eerste raadpleging:	
Datum diagnose:	

4. Als bijlage toe te voegen	
Meest recente specialistische verslaggeving	<input type="checkbox"/> JA
In geval van hersenaandoening: gestandaardiseerd MMSE	<input type="checkbox"/> JA

Naam, stempel en handtekening huisarts
Datum: