

Aanvraag voor een toekenning van de Waarborg Zware Ziektes en/of de Waarborg Kanker

Via Mijn Helan, jouw online ziekenfonds of de Mijn Helan app: neem een foto of scan van het ingevulde formulier en vraag je terugbetaling digitaal aan.

Per post naar Helan Onafhankelijk ziekenfonds, Boomsesteenweg 5, 2610 Wilrijk of deponeer het in Helan brievenbus.

Ik ondergetekende,

Naam	<input type="text"/>
Voornaam	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>

Rijksregisternummer
<input type="text"/>
of
Kleefbriefje ziekenfonds aanbrengen

- Ik dien een aanvraag in voor toekenning van de **Waarborg Zware Ziektes** en verklaar hierbij aan één van de zware ziektes te lijden die vermeld zijn in de algemene voorwaarden van de verzekeringen Hospitalia, Hospitalia Medium en Hospitalia Plus en vraag de tussenkomst van mijn verzekering voor de daarmee verbonden medische kosten.

Het gaat om een:

- Eerste aanvraag voor een toekenning van de waarborg (*)
Ik voeg een medisch verslag toe met vermelding van
- De aard van de ziekte
 - De datum van de diagnose (***)

- Aanvraag tot verlenging (aansluitend aan de vorige periode)
Ik voeg een medisch verslag toe met de evolutie van de zware ziekte

(*) De eerste periode van de waarborg begint te lopen op de datum van de diagnose van de zware ziekte behalve als er meer dan 3 jaar verstreken is tussen de datum van de diagnose en de datum van de aanvraag voor de waarborg zware ziektes. In dat geval zal er maximaal 3 jaar worden teruggegaan, vertrekkende van de datum van de aanvraag voor de waarborg zware ziektes, om de startdatum van het akkoord te bepalen.

- Dien een aanvraag in voor toekenning van de **Waarborg Kanker (**)** in het kader van de verzekering Dentalia Up en verklaar hierbij aan kanker te lijden.

- Ik voeg een medisch verslag toe met de vermelding van
- De lokalisatie van de kanker
 - De datum van de diagnose (***)
 - De lopende of geplande behandeling (chirurgie, chemotherapie, radiotherapie, ...)

- ik voeg het document 'Behandelingsplan Kanker' ingevuld door mijn tandarts toe
(Dit document kan ook nog later afzonderlijk opgestuurd worden)

Om mijn terugbetaling te vergemakkelijken, geef ik hierbij MLOZ Insurance de toestemming om aan mijn ziekenfonds de details van de facturen te vragen die terugbetaald werden in de verplichte en aanvullende verzekering.

Opgemaakt te op Handtekening:

(**) de waarborg « Ziektes waarvan de pathologie of de behandeling een impact hebben op de mondgezondheid »

(***) Ter herinnering, de diagnose moet gesteld zijn na je aansluiting bij je verzekering(en)

MLOZ Insurance is de verzekeringsmaatschappij van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (Helan Onafhankelijk Ziekenfonds - Freie Krankenkasse - Partenamut). 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 - Ondernemingsnummer: 422.189.629.

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 uw ziekenfonds, als haar agent en verwerker, voor het beheer van uw verzekeringscontracten. Ons beleid inzake de persoonlijke levenssfeer ('Disclaimer') is beschikbaar via de volgende link: <https://www.mloz.be/nl/content/privacy-mloz-insurance> of op aanvraag per brief.

