

FSMA 067380 A

PO/Dossiernummer _____ Dossiernummer Protections _____

Mutualiteit _____ Kleefbriefje _____

Naam & voornaam van het lid _____

Adres _____

Naam en voornaam van het slachtoffer _____

Relatie tot het lid _____

Heeft U nog een andere verzekering (hospitalisatieverzekering, groepsverzekering, doorlopende bijstandsverzekering ...) waar deze kosten eventueel voor vergoeding in aanmerking komen?

NEE

JA, naam van de maatschappij _____ Polisnummer _____

Datum van het schadegeval | | Plaats van het schadegeval _____

Wisselkoers (graag gestaafd door afrekening credit card, bankafschrift of ander bewijsstuk) _____

Volgnummer	Naam van de geneesheer of het hospitaal	Nummer van de prestatie of de factuur	Datum van de prestatie of de factuur	Werkelijk bedrag van de kosten	Tussenkost van de mutualiteit	Verschil ten laste van het lid
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
Totaal						

Gelieve steeds een kopie van de afrekening van uw ziekenfonds en de facturen mee te sturen met vermelding van het volgnummer!

De ondergetekende verklaart dat de geclaimde facturen en prijzen juist zijn en betrekking hebben op het vermelde schadegeval. Het recht op vergoeding vervalt, indien bij de aangifte een onjuiste opgave van de feiten wordt gedaan, of indien gegevens opzettelijk worden vervormd of verzwegen.

Datum | |

Naam en voornaam

Handtekening