

Claim for reimbursement of medical expenses Demande de remboursement de frais médicaux

TO BE COMPLETED BY THE STAFF MEMBER

A REMPLIR PAR LE MEMBRE DU PERSONNEL

Staff member / Membre du personnel

VANBRED A PERS. NO. / N° DE PERSONNEL

NAME - FIRST NAME / NOM - PRÉNOM

ADDRESS / ADRESSE

 LANGUAGE OF CORRESPONDANCE / LANGUE DE CORRESPONDANCE
 E
 F
 D
 NL
 I
 S

Patient

NAME / NOM

FIRST NAME / PRÉNOM

DATE OF BIRTH / DATE DE NAISSANCE (D/J - M - Y/A)

SEX / SEXE

 M

 F

Relationship / Degré de parenté

 1. SELF / MEMBRE DU PERSONNEL
 2. SPOUSE / CONJOINT(E)
 3. CHILD / ENFANT
 4. SECONDARY DEPENDANT / AUTRE PERS. À CHARGE

 IS THE CLAIM COVERED BY ANOTHER INSURANCE? / CETTE DEMANDE EST-ELLE COUVERTE PAR UNE AUTRE ASSURANCE?
 Yes / OUI
 No / NON

IF YES: PLEASE SPECIFY THE AMOUNT REIMBURSED. / SI OUI, INDIQUER LE MONTANT REMBOURSÉ.

SPECIFY BY WHICH INSURANCE. / PAR QUELLE ASSURANCE?

 IN CASE OF ACCIDENT, IS A THIRD PARTY RESPONSABLE? / EN CAS D'ACCIDENT: Y A-T-IL UN TIERS RESPONSABLE?
 Yes / OUI
 No / NON

Amounts reimbursed per currency / Frais dépensés par monnaie

 CURRENCY
MONNAIE

 AMOUNT OF EXPENSES
MONTANT DES DEPENSES

 NATURE OF THE EXPENSES
NATURE DES SOINS

Total

Mode of payment by Vanbreda (complete only in case of change) / Mode de paiement par Vanbreda (à compléter seulement en cas de changement)

IBAN N°

 TRANSFER / VIREMENT

 CHEQUE / CHÈQUE

ACCOUNT NO. / N° DE COMPTE

FULL BANK NAME AND ADDRESS / NOM ET ADRESSE COMPLÈTE DE LA BANQUE

NAME OF THE ACCOUNT HOLDER / TITULAIRE

BIC CODE

ID BANK / ID BANQUE

Hospitalisation

DATE

DIAGNOSIS / DIAGNOSTIC

TREATMENT OR OPERATION / TRAITEMENT OU OPÉRATION

 Staff member's signature / Signature du
membre du personnel

Date

In view of a smooth administration of the contract and/or settlement of the insurance claim, and only for that purpose, I hereby give my special permission regarding the processing of the medical data concerning myself and/or the members of my family (article 7 of the Belgian law of December 8, 1992 concerning the private life).
En vue d'une gestion rapide du contrat et/ou du dossier sinistre, et uniquement à cet effet, je donne par la présente mon consentement spécial quant au traitement des données médicales concernant moi-même et/ou les membres de ma famille (article 7 de la loi belge du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée).

Claims may be sent to: / Demandes à envoyer à:
Vanbreda International • P.O. Box 69 • 2140 Antwerpen • Belgium

NV / SA • BFC / CBFA 13 799