Vlaams & Neutraal Ziekenfonds

www.vnz.be
Hoogstratenplein 1 - 2800 Mechelen

Vlaams & Neutraal Ziekenfonds

Hoogstratenplein 1

2800 MECHELEN

Tel. 03 491 09 70
gezondheidszorgen@vnz.be

B U I T E N L A N D S E Z O R G E N

Opgelet! Gelieve deze verklaring volledig in te vullen in hoofdletters en onderaan te ondertekenen, anders zijn wij genoodzaakt u deze terug te bezorgen voor vervollediging.

Naam en voornaam: _____

Rijksregisternummer: _____ _____ _____

Bent u arbeidsongeschikt?

❑ Ja Heeft u een goedkeuring van de adviserend arts voor uw verblijf in het buitenland? ❑ Ja ❑ Neen

❑ Neen

Ik verklaar beroep op medische zorgen te hebben gedaan

in _____ *(land)* - _____ *(stad)*

voor een totaal bedrag van _____ in _____ *(munteenheid).*

Het betreft *(slechts één optie aanduiden en aanvullen)*:

❑ **VAKANTIE:**

Een ongeplande verzorging *(raadplegingen, aankoop van medicijnen, dringende ziekenhuisopname, …)* gedurende een vakantieverblijf

van __ __ 2 0 1 __ tot __ __ 2 0 1 __ *(aankomst- en vertrekdatum bestemming)*

❑ **VAKANTIE – VOORTZETTING VAN REEDS BESTAANDE ZORGEN:**

Voortzetting van zorgen *(kiné, verpleegkundige zorgen, …)* gedurende een vakantieverblijf

van __ __ 2 0 1 __ tot __ __ 2 0 1 __ *(aankomst- en vertrekdatum bestemming)*

❑ **DETACHERING / STUDIE:**

Een ongeplande verzorging *(raadplegingen, aankoop van medicijnen, dringende ziekenhuisopname, …)* gedurende een tijdelijk verblijf in het kader van tewerkstelling *(detachering)* of studie

van __ __ 2 0 1 __ tot __ __ 2 0 1 __ *(aankomst- en vertrekdatum bestemming)*

❑ **GEPLANDE MEDISCHE ZORGEN ZONDER HOSPITALISATIE:**

Geplande medische zorgen zonder voorafgaand akkoord van de adviserend arts van het VNZ van __ __ 2 0 1 __ tot __ __ 2 0 1 __ *(datum verzorging)*

❑ **GEPLANDE MEDISCHE ZORGEN MET HOSPITALISATIE of AMBULANT MET SPECIALE APPARATUUR:**

Geplande medische zorgen met voorafgaand akkoord van de adviserend arts van het VNZ van __ __ 2 0 1 __ tot __ __ 2 0 1 __ *(datum verzorging)*

(zie verso)

B U I T E N L A N D S E Z O R G E N – DEEL 2

Leg de aard van de verzorging uit (*): .....
.....
.....

Heeft u onze bijstandscentrale Mutas verwittigd op het moment van de zorgen?

- ❑ Ja, dossiernummer: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
- ❑ Neen

Was er ten minste één overnachting in een ziekenhuis?

- ❑ Ja, |_|_| nachten van |_|_|_|2|0|1|_| tot |_|_|_|2|0|1|_|
- ❑ Neen

Werden deze zorgen in een privé-instelling verleend?

- ❑ Ja
- ❑ Neen

Kan u aanspraak maken op een privé-reisverzekering zoals Europ Assistance, Travel Assistance, Touring, DKV,...?

- ❑ Ja: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| *(naam van de verzekering)*
  |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| *(polisnummer)*
- ❑ Neen

Ik ga akkoord met het doorsturen van mijn persoonlijke gegevens, conform artikel 7 van verordening 2016/679 van het Europees Parlement en van de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen ten overstaan van de verwerking van persoonlijke gegevens en ga eveneens akkoord om een terugbetaling te genieten op basis van de Belgische tarieven en voorwaarden indien deze gunstiger blijken te zijn.

Hierbij voeg ik alle originele facturen waarover ik beschik evenals de betaalbewijzen hiervan.

Toelichting

(*) Om ons in de mogelijkheid te stellen het juiste verschuldigde bedrag te bepalen, moeten wij weten welke verzorging u werd verleend, evenals de exacte omstandigheden waarin die werd verleend. Gelieve ons deze gegevens zo ***nauwkeurig*** *mogelijk te detailleren (bv.: raadpleging bij een specialist, röntgenfoto van de borst, knieoperatie onder gehele of plaatselijke verdoving, ongeval, ...). Een medisch verslag of rapport mag eveneens bezorgd worden of kan door ons later opgevraagd worden.*

Datum: |_|_|_|2|0|1|_| Handtekening lid voor akkoord:	**Gelieve een klever van het ziekenfonds aan te brengen.**