

VERKLARING OP EREWOORD: buitenlandse zorgen

Gelieve het formulier in te vullen in HOOFDLETTERS, a.u.b.

Naam van de rechthebbende:
 Voornaam van de rechthebbende:
 INSZ:
 Officieel woonland:
 E-mail:
 Tel:

Kleefbriefje van de persoon die verzorging heeft genoten

Verklaart geneeskundige verzorging te hebben genoten:

in (land) - (stad)
 voor een totaalbedrag van € (bedrag) of (bedrag en buitenlandse munt).....

Het gaat om (er mag slechts één punt worden aangevinkt en ingevuld):

- ☒ **VAKANTIE: ongeplande verzorging** (raadplegingen, aankoop van medicijnen, dringende ziekenhuisopname, ongeval,...) gedurende een tijdelijk verblijf.
- ☐ **VAKANTIE: voortzetting van verzorging** (kiné, verpleegkundige verzorging,...) gedurende een tijdelijk verblijf.
- ☐ **DETACHERING: ongeplande verzorging** (raadplegingen, aankoop van medicijnen, dringende ziekenhuisopname, ongeval,...) gedurende een tijdelijk verblijf in het kader van het werk (detachering).
- ☐ **STUDIES: ongeplande verzorging** (raadplegingen, aankoop van medicijnen, dringende ziekenhuisopname, ongeval,...) gedurende een tijdelijk verblijf in het kader van de studies.
- ☐ **GEPLANDE VERZORGING ZONDER ZIEKENHUISOPNAME: geplande ambulante verzorging zonder** voorafgaande toelating van de adviserend arts om te reizen met het doel zich te laten verzorgen (raadplegingen op initiatief van het lid, geplande one-dayhospitalisatie, geneesmiddel(en) op Belgisch voorschrift, ...).
- ☐ **GEPLANDE VERZORGING MET ZIEKENHUISOPNAME of AMBULATE VERZORGING WAARVOOR SPECIFIEKE APPARATUUR NODIG IS*: geplande verzorging met** voorafgaande toelating van de adviserend arts om te reizen met het doel zich te laten verzorgen (geplande hospitalisatie van minstens één nacht, geprogrammeerde MRI, ...).

Data: (gelieve alle punten in te vullen, a.u.b.)

- van aankomst op uw bestemming: | | | | 2 | 0 | | |
- van vertrek van uw bestemming: | | | | 2 | 0 | | |
- van verzorging: van | | | | 2 | 0 | | | (datum van de 1e dag van verzorging, van de bijgevoegde facturen, tijdens uw verblijf)
 tot | | | | 2 | 0 | | | (datum van de laatste dag van verzorging, van de bijgevoegde facturen, tijdens uw verblijf)

Wat was de aard van uw verzorging en de omstandigheden**:

Om welke redenen had u verzorging nodig (omstandigheden van de verzorging: ongeval, griep, oorontsteking, ...)?

.....

.....

.....

Welke verzorging werd verleend (aard van de verzorging: raadpleging van een arts, geneesmiddel(en), ...)?

.....

.....

Bent u tijdens uw verblijf minstens één nacht in het ziekenhuis gebleven?

- ☐ Ja nacht(en), van

2	0						

 tot

2	0						
- ☐ Neen

Werd de verzorging verleend in een privéverzorgingsinrichting?

- ☐ Ja
- ☐ Neen
- ☐ Ik weet het niet

Was u in primaire arbeidsongeschiktheid of in invaliditeit op het moment van uw verblijf in het buitenland?

- ☐ Neen
- ☐ Ja. Hebt u een toelating van de adviserend arts voor uw verblijf in het buitenland?
- ☐ Ja
- ☐ Neen

Hebt u op het ogenblik van de verzorging de alarmcentrale Mutas gecontacteerd?

- ☐ Ja
- ☐ Neen

Hebt u een privéverzekering die geneeskundige verzorging in het buitenland dekt, zoals Europe Assistance, Travel Assistance, Touring Assistance, DKV, ...?

- ☐ Ja. Naam van de verzekering:
- Dit is een verzekering die:
- ☐ ambulante verzorging dekt
- ☐ ziekenhuisverzorging dekt
- ☐ ambulante en ziekenhuisverzorging dekt

- ☐ Neen

Ging het om verzorging naar aanleiding van een ongeval?

- ☐ Ja. Was er een verantwoordelijke derde bij het ongeval betrokken?
- ☐ Ja. Wat is de naam van de verzekering van de verantwoordelijke derde:
- ☐ Neen
- ☐ Neen

Opgelet:

Deze verklaring op erewoord moet naar behoren ingevuld en ondertekend zijn en vergezeld zijn van alle originele, vereffende facturen waarover u beschikt. Zo niet wordt ze u teruggestuurd.

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 voordeliger blijkt.

Datum:	Handtekening:
--------	---------------

Toelichting:

(*) Voor dit type verblijf is een formulier S2/E112 of een document ad hoc nodig dat werd afgeleverd door de adviserend arts. Na akkoord moet het bij deze verklaring op erewoord worden gevoegd.

"Specifieke apparatuur" = verzorging verleend in een:

- dienst voor medische beeldvorming en die het gebruik van een transversale axiale tomograaf of magnetische resonantietomograaf vereist;
- dienst radiotherapie;
- dienst nucleaire geneeskunde en die het gebruik van een PET-scanner vereist;
- dienst hartcatherisatie en die het gebruik van een cathlab vereist.

(**) Om ons in de mogelijkheid te stellen het juiste verschuldigde bedrag te bepalen, moeten we 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 mag eveneens bezorgd worden of kan worden opgevraagd.