



VERZOEK TOT BEHANDELING MET VOORRANG VAN EEN VERZOEK TOT VERGOEDING VAN MEDISCHE KOSTEN

Voor personen die door het GSZV als hoofdverzekering worden gedekt en die in de vijftien dagen voorafgaande aan de indiening van het verzoek tot vergoeding meer dan 600 euro aan medische kosten hebben moeten betalen.

**Zend dit formulier als voorblad bij het verzoek tot vergoeding
zodat het afwikkelingsbureau dit met voorrang kan behandelen.**

In te dienen bij uw afwikkelingsbureau van het Gemeenschappelijk stelsel van ziektekostenverzekering (GSZV) - **Adres zie hieronder**

Naam en voornaam aangeslotene:	Pers./pens.nr.:
Instelling en standplaats:	Kantooradres:Tel.:
Privéadres (gepensioneerden):	
Datum beëindiging dienst / datum einde contract:.....(tijdelijke functionarissen/arbeidscontractanten)	

Het verzoek betreft:	
<input type="checkbox"/> aangeslotene <input type="checkbox"/> echtgeno(o)t(e) of erkende partner <input type="checkbox"/> kind <input type="checkbox"/> met ten laste komend kind gelijkgestelde persoon	
Naam en voornaam:	Geboortedatum:.....
Het gewenste vakje aankruisen	

<u>Datum</u> waarop de <u>kosten</u> zijn gemaakt:
<u>Datum</u> waarop het verzoek tot vergoeding aan PMO is verzonden (maximaal 15 dagen na de datum waarop de kosten zijn gemaakt):
<u>Bedrag</u> (meer dan 600 euro):

Ik heb kennis genomen van de geldende voorwaarden en voorschriften en verbind mij ertoe deze na te leven.

Datum:

Handtekening

Indienen bij

Afwikkelingsbureau Brussel Europese Commissie SC27 0/05 B-1049 Brussel	Afwikkelingsbureau Ispra Europese Commissie PMO/06 - TP 740 Via E. Fermi, 2749 I-21027 Ispra (Va)	Afwikkelingsbureau Luxemburg Europese Commissie DRB - B1/061 L-2920 Luxemburg
PMO-CONTACT@ec.europa.eu + 32 (0)2 29 97777		



EUROPESE UNIE
Gemeenschappelijk stelsel van
ziektekostenverzekering

Instelling :

Adres van het vereffeningskantoor

Kantooradres (voor gepensioneerden privé-
adres) :

PERSENEELSNUMMER :

NAAM EN VOORNAMEN VAN DE AANGESLOTENE :

Tel :

VERZOEK OM TERUGBETALING VAN ZIEKTEKOSTEN

Gelieve regelmatig en binnen de termijn (artikel 32 van de regeling) in te dienen

(Stichtst één type (NOR, 100, ACC, CHC) per verzoek om terugbetaling aankruisen)

NORMALE TERUGBETALING (NOR) (1)

TERUGBETALING VAN 100% voor ERNSTIGEZIEKTE (100) (1) :ref. besluit : einde geldigheid :

ONGEVAL (ACC) (1) van de aangeslotene datum van het ongeval :
 met of zonder aansprakelijke derde

van een verzekerde uit hoofde van de aangeslotene (alleen in geval van een aansprakelijke derde)

BEROEPSZIEKTE (ACC) (1) date :

TERUGBETALING (CHC) (1) voor "personeel met standplaats buiten de Europese Unie"

Aard van de kosten : Consulten, visites geneesmiddelen, enz.	Datum	Naam en voornamen van de patiënt	Kosten (2)			Uit andere verzekeringstels- sels ontvangen vergoedingen	Gereserveerd voor GSZV
			Land (3)	Valuta (4)	Bedrag		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	EUR <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	EUR <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	EUR <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	EUR <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	EUR <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	EUR <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	EUR <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	EUR <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	EUR <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	EUR <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Totale bedrag (zonder onderscheid van valuta) :					<input type="text" value="0,00"/>		

**Gelieve geen bedragen naar een ander formulier over te dragen, aangezien ieder verzoek afzonderlijk wordt behandeld.
Gelieve geen nietjes in de documenten te hechten.**

- (1) Het gewenste hokje aankruisen.
- (2) Het bedrag in de gebruikte valuta vermelden, het afwikkelingsbureau maakt de omrekening.
- (3) **Gelieve de landcode van het land waarin de behandeling plaatsvond te vermelden (AT, BE, BG, CY, CZ, DE, DK, EE, EL, ES, FI, FR, HU, IE, IT, LT, LU, LV, MT, NL, PL, PT, RO, SE, SI, SK, UK).**
- (4) EUR = Euro; CHF = Franc Suisse; JPY = Yen; NOK = Norsk Krone; USD = US Dollar.

Ondergetekende verklaart hierbij, dat dit verzoek, onder toevoeging van de
benodigde bewijsstukken, naar waarheid is ingevuld en de onderliggende
rekeningen zijn betaald.
(Handtekening van de aangeslotene)

.....

Plaats :

datum :

Voorbehouden aan de administratie