

# Claim for reimbursement of medical expenses

## Demande de remboursement de frais médicaux

 TO BE COMPLETED BY THE STAFF MEMBER  
 A REMPLIR PAR LE FONCTIONNAIRE

### Staff member / Fonctionnaire

VANBREDIA INTERNATIONAL PERS.N° / N° DE PERSONNEL

LAST NAME / NOM

FIRST NAME / PRÉNOM

ADDRESS / ADRESSE

 LANGUAGE OF CORRESP. / LANGUE DE CORRESP.  E  F  D  NL  I  S

### Patient

LAST NAME / NOM

FIRST NAME / PRÉNOM

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

 SEX / SEXE  M  F

### Relationship / Degré de parenté

 1. SELF / FONCTIONNAIRE  2. SPOUSE / CONJOINT  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 : STATE THE AMOUNT REIMBURSED / SI OUI : INDIQUER LE MONTANT REMBOURSÉ

SPECIFY BY WHICH INSURANCE / PAR QUELLE ASSURANCE ?

IN CASE OF ACCIDENT : IS A THIRD PARTY RESPONSIBLE ? / EN CAS D'ACCIDENT : Y A-T-IL UN TIERS RESPONSABLE ?

### Amounts claimed per currency / Frais dépensés par monnaie

 CURRENCY  
MONNAIE

 AMOUNT OF EXPENSES  
MONTANT DES DÉPENSES

 NATURE OF EXPENSES  
NATURE DES SOINS

### Total

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

 TRANSFER / VIREMENT  CHEQUE / CHÈQUE

ACCOUNT N° / N° DE COMPTE

NAME ACCOUNT HOLDER / TITULAIRE

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

IBAN CODE

BIC (SWIFT) CODE

LOCAL BANK CODE / CODE BANCAIRE LOCAL

### Staff Member's signature / Signature du Fonctionnaire

Date :

### Date of hospitalisation / Date d'hospitalisation

DIAGNOSIS / DIAGNOSTIC

TREATMENT OR OPERATION / TRAITEMENT OU OPÉRATION

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 • Postbox 69 • 2140 Antwerpen • Belgium

Comm.V/SCS • CBFA / BFIC 13 799

ORIGINAL - VANBREDIA

# Claim for reimbursement of medical expenses

## Demande de remboursement de frais médicaux

 TO BE COMPLETED BY THE STAFF MEMBER  
 A REMPLIR PAR LE FONCTIONNAIRE

**Staff member / Fonctionnaire**

VANBREDIA INTERNATIONAL PERS.N° / N° DE PERSONNEL

LAST NAME / NOM

FIRST NAME / PRÉNOM

ADDRESS / ADRESSE

 LANGUAGE OF CORRESP. / LANGUE DE CORRESP.  E  F  D  NL  I  S

**Patient**

LAST NAME / NOM

FIRST NAME / PRÉNOM

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

 SEX / SEXE  M  F

**Relationship / Degré de parenté**
 1. SELF / FONCTIONNAIRE  2. SPOUSE / CONJOINT  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 : STATE THE AMOUNT REIMBURSED / SI OUI : INDIQUER LE MONTANT REMBOURSÉ

SPECIFY BY WHICH INSURANCE / PAR QUELLE ASSURANCE ?

IN CASE OF ACCIDENT : IS A THIRD PARTY RESPONSIBLE ? / EN CAS D'ACCIDENT : Y A-T-IL UN TIERS RESPONSABLE ?

**Amounts claimed per currency / Frais dépensés par monnaie**

 CURRENCY  
MONNAIE

 AMOUNT OF EXPENSES  
MONTANT DES DÉPENSES

 NATURE OF EXPENSES  
NATURE DES SOINS

**Total**
**Mode of payment by Vanbreda / Mode de paiement par Vanbreda (complete only in case of change/à compléter seulement en cas de changement)**
 TRANSFER / VIREMENT  CHEQUE / CHÈQUE

ACCOUNT N° / N° DE COMPTE

NAME ACCOUNT HOLDER / TITULAIRE

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

IBAN CODE

BIC (SWIFT) CODE

LOCAL BANK CODE / CODE BANCAIRE LOCAL

Staff Member's signature / Signature du Fonctionnaire

Date :

**Date of hospitalisation / Date d'hospitalisation**

DIAGNOSIS / DIAGNOSTIC

TREATMENT OR OPERATION / TRAITEMENT OU OPÉRATION

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** • Postbox 69 • 2140 Antwerpen • Belgium

Comm.V/SCS • CBFA / BFIC 13 799

COPY - CLAIMANT