

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

TO BE COMPLETED BY THE MEMBER

A REMPLIR PAR LE MEMBRE

<b>Member / Membre</b>	PERSONAL REF. NO. / N° DE RÉF. PERS.	/
NAME - FIRST NAME / NOM - PRÉNOM		
ADDRESS / ADRESSE		
DATE OF BIRTH / DATE DE NAISSANCE (D/J - M - Y/A)	SEX / SEXE	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
IS THE CLAIM COVERED BY ANOTHER INSURANCE? / CETTE DEMANDE EST-ELLE COUVERTE PAR UNE AUTRE ASSURANCE? <input type="checkbox"/> Yes / OUI <input type="checkbox"/> No / NON		
IF YES: PLEASE SPECIFY THE AMOUNT REIMBURSED. / SI OUI, INDIQUER LE MONTANT REMBOURSÉ.		
SPECIFY BY WHICH INSURANCE. / PAR QUELLE ASSURANCE?		
DOES THIS CLAIM RESULT FROM AN ACCIDENT? / CETTE DEMANDE CONCERNE-T-ELLE UN ACCIDENT? <input type="checkbox"/> Yes / OUI <input type="checkbox"/> No / NON		
IN CASE OF ACCIDENT: IS A THIRD PARTY RESPONSIBLE? / EN CAS D'ACCIDENT: Y A-T-IL UN TIERS RESPONSABLE? <input type="checkbox"/> Yes / OUI <input type="checkbox"/> No / NON		
DOES THIS CLAIM CONCERN EXPENSES INCURRED DURING A PERIOD OF TEMPORARY LAY-OFF? / CETTE DEMANDE CONCERNE-T-ELLE DES FRAIS ENCOURUS LORS D'UNE PÉRIODE DE CHÔMAGE TECHNIQUE? <input type="checkbox"/> Yes / OUI <input type="checkbox"/> No / NON		

Amounts claimed per currency / Frais dépensés par monnaie		
CURRENCY MONNAIE	AMOUNT OF EXPENSES MONTANT DES DEPENSES	NATURE OF THE EXPENSES NATURE DES SOINS
<b>Total</b>		

<b>Mode of payment by Vanbreda</b> (complete only in case of change) / <b>Mode de paiement par Vanbreda</b> (à compléter seulement en cas de changement)		
IBAN N°	<input type="checkbox"/> TRANSFER / VIREMENT	<input type="checkbox"/> 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	

<b>Hospitalisation</b>	DATE	MEMBER'S SIGNATURE / SIGNATURE DU MEMBRE
DIAGNOSIS / DIAGNOSTIC		
TREATMENT OR OPERATION / TRAITEMENT OU OPÉRATION		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).