

Referte :

(steeds vermelden wanneer in uw bezit)

UITGAVENSTAAT

Datum ongeval :

Groep / Bond - Naam : Woonplaats, telefoonnummer :	Lid - Naam : Voornaam :	Gedeelte voorbehouden aan het I.C. Totaal 1 Totaal 2 Totaal 3 Datum Beheerder																																																																																																							
<p>Bericht aan de ouders - zeer belangrijk : De verzekeringsmaatschappij behoudt zich steeds het recht voor een schadegeval aan te nemen of te weigeren. In elk geval is het verplicht, opdat een tussenkomst in overweging zou genomen worden, ons onderhavig formulier behoorlijk ingevuld en ondertekend terug te sturen en U hierbij nauwgezet te houden aan de hierna vermelde formaliteiten :</p> <ul style="list-style-type: none"> • U betaalt zelf de kostennota's die U door de geneesheer, de kliniek, de apotheker worden overgemaakt. • U legt deze nota's voor aan de mutualiteit en U vraagt haar het deel (1) van onderhavig document, dat haar aanbelangt, in te vullen; • Indien U niet bij een ziekenfonds is aangesloten of indien dit organisme weigert tussen te komen, vul dan alleen deel (2) van dit document in. • Ten slotte, is het nodig, voor de kosten hernomen in deel (2), de originele bewijsstukken (geen fotokopies) bij te voegen. 																																																																																																									
<p>Attest van tussenkomst van Mutualiteit (strook in te vullen door ziekenfonds)</p> Mutualiteit + adres : Ongevalsdatum : / / Naam & Voornaam van aangeslotene : Naam & Voornaam van het slachtoffer : De ondergetekende (naam & voornaam) verklaart dat het voormeld ziekenfonds, hetwelk hij vertegenwoordigt, tussengekomen is in de kosten veroorzaakt door het ongeval waarvan sprake hierboven, tot beloop van de hieronder hernomen bedragen :	<p>(1) (de ziekensfondsen zijn verplicht in de KSA/KSA - VKSJ - ongevallen tussen te komen)</p>	<p>(2) Kosten waarvoor de mutualiteit geen tussenkomst voorziet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Strook in te vullen door de titularis, die ook de originele bewijsstukken aan onderhavige staat dient vast te nieten. • Aandacht ! De stoffelijke schade (schade aan kledij, fiets of andere gelijkaardige) wordt door onze "Individuele" waarborg niet gedekt en dient dus niet in deze afrekening te worden opgenomen 																																																																																																							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:30%;">Naam van de zorgverstrekker (geneesheer / kliniek)</th> <th style="width:15%;">Nr. van de prestatie of factuur</th> <th style="width:15%;">Datum prestatie of factuur</th> <th style="width:15%;">Werkelijke bedrag van de kosten</th> <th style="width:15%;">Bedrag van de tussenkomst van de mutualiteit</th> <th style="width:10%;">Verschil laste van de aangeslotene</th> <th style="width:10%;">Datum</th> <th style="width:10%;">Ten laste zijnde bedragen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr> <td colspan="7" style="text-align: right;">Totalen →</td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Naam van de zorgverstrekker (geneesheer / kliniek)	Nr. van de prestatie of factuur	Datum prestatie of factuur	Werkelijke bedrag van de kosten	Bedrag van de tussenkomst van de mutualiteit	Verschil laste van de aangeslotene	Datum	Ten laste zijnde bedragen																																																																																	Totalen →								<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:60%; text-align: right;">Totalen →</td> <td style="width:40%; text-align: left;">Totalen →</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Totaal (1) + (2) €</td> <td style="text-align: left;">(2) - 12,39 €</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">vrijstelling</td> <td> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Algemeen totaal €</td> <td> </td> </tr> </table>	Totalen →	Totalen →	Totaal (1) + (2) €	(2) - 12,39 €	vrijstelling		Algemeen totaal €	
Naam van de zorgverstrekker (geneesheer / kliniek)	Nr. van de prestatie of factuur	Datum prestatie of factuur	Werkelijke bedrag van de kosten	Bedrag van de tussenkomst van de mutualiteit	Verschil laste van de aangeslotene	Datum	Ten laste zijnde bedragen																																																																																																		
Totalen →																																																																																																									
Totalen →	Totalen →																																																																																																								
Totaal (1) + (2) €	(2) - 12,39 €																																																																																																								
vrijstelling																																																																																																									
Algemeen totaal €																																																																																																									
Aansluitingsnummer : Handtekening van de afgevaardigde en stempel van de mutualiteit			Ik verzoek de verzekeringsmaatschappij haar tussenkomst in het voornoemd algemeen totaal te betalen door storting op mijn bankrekening of postchequerekening (*) Rekeningnummer IBAN : of per postmandaat op naam van volledig adres Datum : 20 + handtekening																																																																																																						



N.B. Geef reden tot weigering van tussenkomst van mutualiteit
Dit document (indien volledig ingevuld) dient samen met de ongevvalsverklaring en het geneeskundig getuigschrift teruggestuurd te worden
Geadresseerde : KSA - KSA - VKSJ Vooruitgangstraat 225 - 1030 Brussel Tel. : 02/201 15 10
 (*) Bij het ontbreken van bank- of postchequerekening zien wij ons genooddakt de onkosten voor de circulaire check (26 fr) ten uwven laste te leggen.