

■ Procedure voor het indienen van medische kosten en/of andere documenten

Om uw zending te kunnen identificeren en er het gepaste gevolg aan te geven, verzoeken wij u de hieronder beschreven werkwijze steeds na te leven.
U mag gerust alle stukken verzamelen en ze ons in één enkele zending overmaken.
Een volledig en overzichtelijk dossier draagt bij tot een vlotte afhandeling.

Documenten tot uw beschikking bij uw werkgever en op onze Website
op het volgende adres : <http://www.employeeforfortis.be>

- "Schademelding"
- "Aanvraag tot terugbetaling van medische kosten"

■ Indien u een nieuw schadedossier wil indienen samen met medische kosten :

Stap 1 : Vul het document « *Schademelding* » zorgvuldig in (recto-verso)

Stap 2 : Vul het luik 1 "Identificatie" van het document « *Aanvraag tot terugbetaling van medische kosten* » in.

Stap 3 : Vul de luiken 2 en 3 van het document « *Aanvraag tot terugbetaling van medische kosten* » in, op basis van de gerangschikte en genummerde bewijsstukken die slaan op de betreffende persoon en ziekte en die vallen in de gedekte periode.

Deze bewijsstukken zijn de volgende:

- Originele en gedetailleerde hospitalisatiefacturen (+ eventuele bijlagen);
- Factuur voor het vervoer per ziekenwagen (deze factuur eerst indienen bij de mutualiteit);
- Voor de kosten van medicatie:
vraagt u aan uw **apotheker** een " attest van vergoedbare farmaceutische verstrekkingen in het kader van een bijkomende verzekering", dit is een nota met vermelding van de naam en voornaam van de patiënt, de naam van de arts, de afleveringsdatum, de gedetailleerde lijst van de producten met benaming en prijs;
- Voor de kosten van ambulante zorgen:
vraagt u aan uw **mutualiteit** een overzicht van alle verstrekkingen die op de betreffende persoon en periode slaan;
- Voor eventuele verstrekkingen die niet op voorgaande overzichten zijn opgenomen:
de facturen en/of ereloonnota's.

Stap 4 : Zend uw dossier naar : **Fortis Insurance Belgium – Health Care**
Kruidtuinlaan, 20
1000 Brussel

■ Indien u bijkomende kosten voor een bestaand dossier wenst in te dienen:

- Vul het luik 1 van de « *Aanvraag tot terugbetaling van medische kosten* » in.
- Herhaal de stappen 3 en 4 zoals hierboven beschreven.

■ Voor alle andere briefwisseling :

- Vermeld de referenties Fortis Insurance Belgium van uw dossier (indien gekend).
- Vermeld steeds de gegevens van uw werkgever (benaming en groepsnr*).
- Breng een ziekenfondsstrookje aan met toevoeging van uw geboortedatum of vermeld duidelijk uw naam, voornaam en geboortedatum.
- Gebruik het adres vermeld onder stap 4 hierboven.

* mocht u het groepsnummer niet kennen, dan kan u dit aan uw werkgever vragen.

Dank bij voorbaat.

Employee Benefits, Kruidtuinlaan 20, B-1000 Brussel – Tel. +32(0)2 664 10 65 – Fax : +32(0)2 664 75 20 – www.fortisinsurance.be

Fortis Insurance Belgium nv, E. Jacquainlaan 53, B-1000 Brussel – RPR Brussel – BTW BE 0404.494.849
Onderneming toegelaten onder het codenummer 0079 om de takken 21 'Levensverzekeringen' (KB 04/7/79 – BS 14/7/79), 23 'Levensverzekeringen verbonden met beleggingsfondsen' (KB 30/3/93 – BS 7/5/93), 26 'Kapitalisatieverzekeringen' (Beslissing CBFA 26/4/05 – BS 12/5/05), 27 'Beheer van Collectieve Pensioenfondsen' (KB 11/1/91 – BS 13/2/91) en alle takken 'Niet-Leven' (takken 1 tot 18) te beoefenen (KB 4/7/79 – BS 14/7/79, KB 29/12/86 – BS 14/1/87, KB 7/12/88 – BS 20/12/88, Beslissing CBFA 31/5/05 – BS 14/6/05)

Schademelding

Hospitalisatie en/of Invaliditeitsrente

VERTROUWELIJK

Dit document moet door de verzekerde ingevuld worden en teruggestuurd worden naar Fortis Insurance Belgium, ter attentie van de adviserende geneesheer.

Voor de verklaring van een dossier "Invaliditeitsrente", is het verplicht het formulier "medisch getuigschrift" ingevuld door uw behandelende geneesheer bij te voegen.

Groepsnummer : **7340**

BAYER ANTWERPEN Comm.V
Haven 507
Scheldelaan 420
2040 Antwerpen

In te vullen in alle gevallen

Werkgever - Firmanaam :

Straat, nr., postnummer en gemeente :

Aangeslotenen Personeelslid Rechthebbende

Naam en voornamen :

Geboortedatum :

Straat, nr., postnummer en gemeente :

E-mail adres : @

Telefoonnummer (kantooruren) :

Beroep :

Ziekenfonds (vragen beantwoorden of mutualiteitsstrookje opkleven)

Is de verzekerde aangesloten bij een ziekenfonds

- voor de kleine risico's ? Ja Neen

- voor de grote risico's ? Ja Neen

Mutualiteitsstrookje

Aansluitingsnummer :

Benaming en adres :

Gewenste wijze van betaling Post- of bankrekeningnr. | |
 op naam van
 Zo niet, circulaire cheque

Is de rechthebbende bij Fortis Insurance Belgium of een andere maatschappij gedekt door een verzekeringspolis die dezelfde waarborgen voorziet ?
 Ja Neen

Zo JA, benaming en adres van de maatschappij en polisnummer

In te vullen in geval van ziekte, zwangerschap of bevalling

Hospitalisatieperiode :

Naam en adres van de verpleeginstelling :

Aard van de ziekte en/of van de letsels :

Eventuele heelkundige ingreep :

Wanneer werden de eerste verschijnselen ervan waargenomen ?

Naam, adres en telefoonnummer van de geneesheer door wie de diagnose werd gesteld :

In te vullen bij ongeval

Datum en uur van het ongeval : op, om uur voor- middag

Juiste plaats (eventueel schets bijvoegen) : na-

Eventuele tegenpartij : naam en adres

.....
 : verzekeringsmaatschappij (naam, adres en polisnummer)

Getuigen : naam en adres

Relaas van de feiten :

Werd er proces-verbaal opgemaakt ? Ja Neen Zo Ja, Politie van :
op Nr. P.V. :

Wie is aansprakelijk voor het ongeval ? (naam en adres van de aansprakelijke) :

Was de rechthebbende op het ogenblik van het schadegeval in dienst van een werkgever, of op de weg van of naar het werk ? Ja Neen

Zo JA : wie is de werkgever ? (naam en adres) :

Bij welke maatschappij is hij voor de arbeidsongevallen verzekerd ?

Welke zijn de opgelopen letsels ?

Hospitalisatieperiode :

Naam en adres van de verpleeginstelling :

De ondergetekende bevestigt dat de voorgaande antwoorden volledig zijn en met de waarheid overeenstemmen.

Hij gaat akkoord dat Fortis Insurance Belgium bovenvermelde gegevens, mits naleving van de Belgische privacy-wetgeving, kan verwerken met het oog op het verlenen en het beheer van verzekeringsdiensten in het algemeen, met inbegrip van het opmaken van statistieken. De betrokken persoon heeft het recht om zijn gegevens in te kijken en, in voorkomend geval, te verbeteren. De gegevens die de gezondheid betreffen worden enkel verwerkt onder de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg en de toegang ertoe is beperkt tot die personen die ze nodig hebben voor de uitoefening van hun taken. Fortis Insurance Belgium zal deze gegevens niet meedelen aan derden.

Ondergetekende gaat evenwel akkoord dat Fortis Insurance Belgium deze gegevens meedeelt voor zover hiertoe in haar hoofde een wettelijke of contractuele verplichting of een gewettigd belang bestaat.

Opgemaakt te, op

Handtekening van de aangeslotene

Aanvraag tot terugbetaling van medische kosten

Documenten tot uw beschikking bij uw werkgever en op onze Website op het volgende adres : <http://www.employeebenefits.be.fortis.com/employer>

Luik 1 : Identificatie

Werkgever : BAYER ANTWERPEN COMM.V Groep nr : 7340	
Personeelslid : Naam	Voornaam :
Geboortedatum : / / Refertes Fortis Insurance Belgium indien gekend : / /	
Adres :	
E-mailadres : @	
Bankrekeningnr : <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Telefoonnr :
Patiënt : Hier een ziekenfondsstrookje kleven en de geboortedatum toevoegen of hieronder invullen	
Naam	Mutualiteitsstrookje
Voornaam	
Geboortedatum / /	

Luik 2 : Hospitalisatie

Indien de aanvraag één of meerdere hospitalisatiefacturen (+ eventueel ziekenwagen) betreft :

- Hieronder invullen en de originele detailfactu(u)r(en) en eventuele bijlagen toevoegen

Bewijsstuk		Hospitalisatiefacturen			
Nr	Hospitalisatieperiode van	tot		Bedrag ten laste van de patiënt:	
				EUR	
Nr	Hospitalisatieperiode van	tot		Bedrag ten laste van de patiënt:	
				EUR	
Nr	Vervoer met ziekenwagen	Datum	Betaald	Mutualiteit	Ten laste
	 / /	EUR	EUR	EUR

Luik 3 : Pre- en posthospitalisatie / ambulante kosten

Indien de aanvraag de terugbetaling van ambulante kosten betreft : Voor de betreffende persoon en ziekte, de bewijsstukken van de kosten die binnen de gedekte periode vallen, nummeren en bijvoegen en onderstaande tabellen invullen.

Bewijsstuk		Apothekerskosten : geneesmiddelen, verbanden, ...			
Nr	Datum	Betaald	Nr	Datum	Betaald
..... / / / /
..... / / / /
..... / / / /
..... / / / /
..... / / / /
Totaal in EUR				

Bewijsstuk		Medische zorgen : consultaties, doktersbezoeken, onderzoeken, kiné, andere ...			
Nr	Datum	Naam zorgverstrekker	Betaald	Mutualiteit	Ten laste
..... / /
..... / /
..... / /
..... / /
..... / /
..... / /
..... / /
Totaal in EUR				

Vul zonodig meerdere formulieren in.

Datum: / /

Gelieve uw dossier te zenden naar : **Fortis Insurance Belgium - Health Care**
Kruidtuinlaan, 20
1000 Brussel

Met dank voor uw medewerking

Handtekening:

Employee Benefits, Kruidtuinlaan 20, B-1000 Brussel - Tel. +32(0)2 664 10 65 - Fax : +32(0)2 664 75 20 - www.fortisinsurance.be

Fortis Insurance Belgium nv, E. Jacquainlaan 53, B-1000 Brussel - RPR Brussel - BTW BE 0404.494.849

Onderneming toegelaten onder het codenummer 0079 om de takken 21 'Levensverzekeringen' (KB 04/7/79 - BS 14/7/79), 23 'Levensverzekeringen verbonden met beleggingsfondsen' (KB 30/3/93 - BS 7/5/93), 26 'Kapitalisatieverrichtingen' (Beslissing CBFA 26/4/05 - BS 12/5/05), 27 'Beheer van Collectieve Pensioenfondsen' (KB 11/1/91 - BS 13/2/91) en alle takken 'Niet-Leven' (takken 1 tot 18) te beoelonen (KB 4/7/79 - BS 14/7/79, KB 29/12/86 - BS 14/1/87, KB 7/12/88 - BS 20/12/88, Beslissing CBFA 31/5/05 - BS 14/6/05)