

**REFERTE:**

(STEEDS VERMELDEN WANNEER IN UW BEZIT - ZIE ONTVANGSTMELDING)

**UITGAVENSTAAT**

Datum ongeval:

**POLISNUMMER:****BEZOCHTE INSTELLING:****LEERLING(E):** Naam:

of

**LID:**

Klas: .....

**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 onderhevig formulier behoorlijk ingevuld en ondertekend terug te sturen en U hierbij nauwgezet te houden aan de hierna vermelde formaliteiten:

- 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 onderhevig document, dat haar aanbelangt, in te vullen;
- U niet bij een ziekenfonde bent 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.

**GEDEELTE VOORBEHOUDEN AAN HET I.C.**

Totaal 1: .....

Totaal 2: .....

Totaal 3: .....

Datum: .....

Beheerder: .....

**ATTEST VAN TUSSENKOMST VAN MUTUALITEIT strook in te vullen door ziekenfonds (1)**

(de ziekenfondsen zijn verplicht in de schoolongevallen tussen te komen)

Mutualiteit + adres: .....

Ongevalsdatum: ..... 20....

Naam &amp; voornaam van aangeslotene: .....

Naam &amp; voornaam van het slachtoffer: .....

De ondergetekende (naam &amp; voornaam): .....

verklaart dat het voormeld ziekenfonds, hetwelk hij vertegenwoordigt, tussengekomen is in de kosten ver oorzakt door het ongeval waarvan sprake hierboven, tot beloop van de hieronder hernomen bedragen:

**KOSTEN WAARVOOR DE MUTUALITEIT GEEN VOORZIET (2)**

- 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.

Naam van de zorgverstrekker (geneesheer/kliniek)	Nr. van de prestatie of factuur	Datum prestatie of factuur	Werkelijk bedrag van de kosten	Bedrag van de tussenkomst van de mutualiteit	Verschil ten laste van de aangeslotene	Aard van de kosten (b.v. farmaceutische)	Datum	Ten laste zijnde bedragen
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

TOTALEN: .....

TOTAAL: .....

**ALGEMEEN TOTAAL (1) + (2)**

..... €

Aansluitingsnummer: .....

Hoedanigheid: verplicht verzekerde – vrij verzekerde – zelfstandige grote risico's (onnodige vermeldingen doorhalen)

Handtekening van de afgevaardigde en stempel van de mutualiteit

Datum: ..... 20....

Ik verzoek de verzekeringsmaatschappij haar tussenkomst in het voornoemd algemeen totaal te betalen door storting op mijn bankrekening of postchequerekening (\*) nr: .....

of per postmandaat op naam van ..... voornaam .....

volledig adres .....

Datum: ..... 20.... + handtekening:

**N.B. Geef reden tot weigering van tussenkomst van mutualiteit****→ Geadresseerde: INTERDIOCESAAN CENTRUM, Guimardstraat 1 - 1040 Brussel, tel (02)509.96.47 (algemeen oproepnummer) / (02) 509.96.45 (rechtstreekse lijn schadebeheer)**

(\*) Bij het ontbreken van bank- of postchequerekening zien wij ons genoodzaakt de onkosten voor de circulaire check (0,64 €) ten uwen laste te leggen.

Fax: 02 509 96 08

Email: Schadeba@interdio.be