



Gemeenschappelijk stelsel van ziektekostenverzekering

Adres van het ontwikkelingsbureau:	☐ Europese Commissie RCAM/JSIS Brussel 1049 Brussel
	☐ Europese Commissie RCAM/JSIS Ispira 21027 Ispira
	☐ Europese Commissie RCAM/JSIS Luxembourg 2920 Luxembourg
Telefoon +32 2 29 11111 9h30-12h30 (maandag tot vrijdag)	

PERSONEELSNUMMER:		Kantooradres (voor gepensioneerden privé-adres):
NAAM EN VOORNAMEN VAN DE AANGESLOTENE:		
Tel:		
e-mail:		

VERZOEK OM TERUGBETALING VAN ZIEKTEKOSTEN

gelieve regelmatig en binnen de termijn van 18 maanden na de dag van de prestaties in te dienen

Als u reeds uw terugbetaling on-line hebt ingediend, gelieve dezelfde kosten niet meer in te dienen met dit formulier

Gelieve een formulier per valuta te gebruiken

Type van verzoek:

- ☐ NORMALE TERUGBETALING
- ☐ TERUGBETALING voor personeel met standsplaats buiten de Europese Unie
- ☐ TERUGBETALING voor ERNSTIGE ZIEKTE erkend door het GSZV ref. besluit:
- ☐ BEROEPSZIEKTE datum van de beroepsziekte:
- ☐ ONGEVAL ☐ van de aangeslotene ☐ van een verzekerde uit hoofde van de aangeslotene (alleen in geval van aansprakelijke derde)
- datum van het ongeval:

Datum van de prestaties	Naam en voornamen van de rechthebbende	Geboortedatum van de rechthebbende	Aard van de kosten : Consulten,visites geneesmiddelen,enz.	Kosten en (1):		Andere vergoeding en (3)	Uit een privé verzekering verkregen bedrag
				Land (2)	Betrag		

Totale bedrag:

Gelieve geen bedragen naar een ander formulier over te dragen, aangezien ieder verzoek afzonderlijk wordt behandeld.

Gelieve de originele stukken toe te voegen en een copie bij te houden.

Gelieve een lijn per factuur/bewijsstuk in te vullen.

Gelieve geen nietjes in de documenten te hechten. Gebruik paperclips.

Om de staat van uw dossiers te verifiëren, gebruik: <https://webgate.ec.europa.eu/RCAM>.

- (1) Gelieve de gebruikte valuta te vermelden, de omzetting zal gebeuren door het ontwikkelingsbureau (EUR, BGN, CHF, CZK, DKK, GBP, HRK, HUF, JPY, LTL, LVL, PLN, SEK, RON, USD). (Te specificeren indien verschillend)
- (2) Gelieve de landcode van het land waarin de behandeling plaatsvond te vermelden (AT, BE, BG, CY, CZ, DE, DK, EE, ES, FI, FR, GR, HR, HU, IE, IT, LT, LU, LV, MT, NL, PL, PT, RO, SE, SI, SK, UK). (Te specificeren indien verschillend)
- (3) Uit andere verzekerings-stelsels ontvangen vergoedingen

Ondergetekende verklaart hierbij dat dit verzoek, onder toevoeging van de benodigde bewijsstukken, naar waarheid is ingevuld en de onderliggende rekeningen zijn betaald.

.....
(Handtekening van de aangeslotene)

Plaats

Datum

U bent gepensioneerd en wilt toegang tot MyPMO of JSIS on-line? Bel naar + 32 2 29 11111