



AANVRAAG OM TERUGBETALING VAN VACCINATIE TEGEN GELE KOORTS

*Reglement tot vaststelling van de voorwaarden voor terugbetaling van vaccinaties door Fedris
Beroepsziektewetgeving voor de privésector en de provinciale en plaatselijke overheidsdiensten*

Rubriek 1: in te vullen door betrokkene

Rijksregisternummer of bis-nummer
 Naam Voornaam
 Geboortedatum Taalrol Nederlands Frans Duits

Invullen wanneer u geen rijksregisternummer of bis-nummer hebt:

Straat Nr..... Bus
 Plaats Postcode Land
 Geboortedatum Geslacht M V
 Geboorteplaats Geboorteland

Ik ben werknemer privésector
 werknemer plaatselijke of provinciale overheidsdienst
 student

Opgelet! *Zelfstandigen, vrijwilligers en werknemers van overheidsdiensten die hierboven niet vermeld staan, vallen niet onder de bevoegdheid van Fedris. Voor hen kan Fedris geen terugbetaling toestaan.*

Naam en adres van mijn werkgever of stageplaats:

Het vaccin wordt op basis van de werkelijk betaalde prijs terugbetaald. Dit bedrag wordt beperkt tot de maximprijs zoals bepaald overeenkomstig de reglementering betreffende de farmaceutische specialiteiten en andere geneesmiddelen.

Ik voeg bij deze aanvraag het **betalingsbewijs** van het vaccin.

Ik vraag de terugbetaling van de vaccinatie te storten op het rekeningnummer:

IBAN:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Titularis:

Ik verklaar dat bovenstaande verklaring oprecht en volledig is ingevuld.

Datum: __ / __ / ____

Handtekening

Rubriek 2: in te vullen door de preventieadviseur - bedrijfsarts

Identiteit van de aanvrager

Rijksregisternummer of bis-nummer

Naam Voornaam

Geboortedatum

Functie en beschrijving van de beroepsactiviteit of stage:

.....
.....

Welke endemische regio bezoekt de aanvrager in het kader van zijn professionele activiteit?

.....

Gegevens arts

Stempel arts

Naam:

Adres:

.....

Telefoon:.....

E-mail:

Ik bevestig op mijn eer dat deze verklaring oprecht en volledig is. Ik ben bereid om aanvullende gegevens met betrekking tot deze aanvraag aan de artsen van Fedris te bezorgen.

Datum : __ / __ / ____

Handtekening

Rubriek 3: in te vullen door de arts die het vaccin heeft geplaatst

Gegevens arts

Stempel en handtekening arts

Naam:

Riziv-nummer:

Datum van de verstrekking: __ / __ / ____

Al deze gegevens zullen worden verwerkt in overeenstemming met de bepalingen van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens. Deze gegevens worden verzameld met het oog op de toepassing van de socialezekerheidswetgeving. Indien u wenst uw persoonsgegevens in te kijken of te verbeteren, kunt u dat schriftelijk vragen aan Fedris.