



## 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 maximumprijs 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: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Het formulier verzenden kan naar: Fedris, Sterrenkundelaan 1, 1210 Brussel

OF per mail naar [vaccinatie@fedris.be](mailto:vaccinatie@fedris.be)

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.