

## REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT

Imprimez ce formulaire, complétez-le et envoyez-le par courrier à l'entreprise d'assurances de votre employeur. Elle vous remboursera vos frais de déplacement<sup>1</sup>.

Vos NOM + prénom :

Votre numéro de compte IBAN :

Votre numéro de dossier :

Vos frais de déplacement du \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ au \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Date (ou période) du déplacement	Nom du prestataire de soins* + nombre de déplacements	Transports en commun	Moyen de transport personnel (au moins 5 km)
		. . . billet(s) en annexe	. . . km aller et retour
		. . . billet(s) en annexe	. . . km aller et retour
		. . . billet(s) en annexe	. . . km aller et retour
		. . . billet(s) en annexe	. . . km aller et retour
		. . . billet(s) en annexe	. . . km aller et retour
		. . . billet(s) en annexe	. . . km aller et retour
		. . . billet(s) en annexe	. . . km aller et retour

\* Si votre déplacement se fait en réponse à la convocation de notre médecin-conseil, mentionnez son nom. Si votre déplacement se fait dans le cadre d'une procédure en justice, mentionnez le nom de l'expert.

Les frais de stationnement ne sont pas remboursés.

Les déplacements en taxi ou en ambulance sont remboursés au même tarif que les déplacements par moyen de transport personnel, à moins qu'il y ait des raisons médicales **urgentes**, auquel cas c'est le coût réel qui est remboursé.

N.B. : Si vous avez aussi eu des frais d'ordre médical, vous pouvez joindre les pièces justificatives à ce formulaire en vue du remboursement.

<sup>1</sup> Conformément à l'article 36 de l'arrêté royal du 21.12.1971