

**ANTRAG AUF RÜCKERSTATTUNG DER ERHALTENEN DRINGENDEN PFLEGELEISTUNGEN  
WÄHREND EINES VORÜBERGEHENDEN AUSLANDSAUFENTHALTS**

Das Dokument muss vollständig ausgefüllt und unterschrieben sein, anderenfalls kann der Antrag nicht bearbeitet werden.

**Eine Akte pro Pflegeempfänger, pro Land und ein Antrag auf Rückerstattung pro Aufenthalt**

<b>PFLEGEEMPFÄNGER</b> (ausfüllen oder Vignette aufkleben)	
NAME - VORNAME:	GEBURTSDATUM:
NATIONALREGISTERNUMMER:	CT1-CT2:
ADRESSE:	

**Nur Originalrechnungen mit entsprechendem Zahlungsnachweis werden akzeptiert.**

1. Haben Sie Ihre Zahlungsnachweise beigelegt?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
--	-----------------------------	-------------------------------

2.1 In welchem <b>Land</b> fand das Ereignis/die Krankheit/der Unfall statt?	
2.2 In welchem <b>Land</b> wurde die Pflege erbracht?	
2.3 Welches ist der <b>Grund</b> Ihres Auslandsaufenthalts (Urlaub, längerer Aufenthalt, Studium, berufliche Versetzung, Sonstiges, ...? (1))	
2.4 Welches sind die <b>genauen Aufenthaltsdaten</b> ?	VOM:    /    /                      BIS:    /    /

3.1 <b>Aufgrund</b> welchen Ereignisses musste eine dringende Pflegeleistung im Ausland in Anspruch genommen werden (Lebensmittelvergiftung, Autounfall, Sturz, ...)?	
3.2 An welchem <b>Datum</b> haben Sie die <b>erste Pflege</b> erhalten?	/    /
3.3 Handelt es sich um <b>unvorhergesehene dringende Pflege</b> (1)?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
3.4 Handelt es sich um eine <b>medizinische Behandlung, die in Belgien begonnen hat</b> und die im Ausland fortgesetzt werden musste (1)?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
3.5 Handelt es sich um einen Unfall beim Wintersport?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
3.6 Handelt es sich um eine <b>Hospitalisierung</b> (mindestens eine Nacht)? Wenn <b>JA</b> , geben Sie den Zeitraum Ihres Krankenhausaufenthalts an und fügen Sie den medizinischen Bericht bei.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
	VOM:    /    /                      BIS:    /    /

4. Haben Sie eine andere <b>Reiseversicherung</b> abgeschlossen, die die medizinische Versorgung während Ihres Aufenthaltes im Ausland abdeckt (Ethias, Europ Assistance, AXA, Touring, ...)?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Wenn <b>JA</b> , Name der Versicherung (2):		

Diese ehrenwörtliche Erklärung muss vollständig ausgefüllt und unterschrieben werden von der Person, die die Pflegeleistungen erhalten hat (Pflegeempfänger) oder von der dazu bevollmächtigten Person. Jegliche falsche oder unvollständige Erklärung (beabsichtigt oder nicht) kann die Verweigerung oder die Rückforderung der Erstattung zu Lasten der Hauptversicherten zur Folge haben.

Gemäß der europäischen Richtlinie 2011/24 wird, wenn die Bestimmungen der europäischen Verordnung 883/2004 nicht anwendbar sind, geprüft, ob die Pflegeleistungen auf der Grundlage der belgischen Bedingungen und Sätze rückerstattet werden können.

<b>DATUM UND UNTERSCHRIFT DES PFLEGEEMPFÄNGERS</b> (oder des Hauptversicherten, wenn es sich um ein Kind handelt)
/    /

(1) Im Falle einer berufliche Versetzung muss bei dem Antrag auf Rückerstattung eine Bescheinigung des Arbeitgebers beigelegt werden.  
(2) Diese Informationen helfen uns bei der Erstellung einer Abrechnung, die Sie an Ihre Versicherungsgesellschaft senden können.