



FORMULAIRE POUR UNE INTERVENTION DANS LES FRAIS DE

ASSURANCE HOSPITALISATION

IMPORTANT:

Les veuves/veufs remarié(e) ou cohabitant(e)s et les parents des militaires décédés ne comptent pas pour cette intervention.

Max 200 € par adulte < 75 ans : code numéro de membre commence par V ou VY

Max 300 € par adulte ≥ 75 ans : code numéro de membre commence par V ou VY

Max 25 € par enfant : code numéro de membre commence par O, OA, OB ou OC

A remplir et à renvoyer à

Asbl FONAVIBEL
Quartier Major HOUSIAU
Martelarenstraat, 181
1800 VILVORDE (PEUTIE)
fonavibel@mil.be

Je soussigné(e):Date de naissance:.....

N° de membre de l'asbl FONAVIBEL:.....Numéro Tél ou GSM:

veuve/veuf/enfant (1) de:

Adresse:

E-mail : @

Je souhaite recevoir le courrier via cet adresse mail : OUI / NON (1)

Je déclare avoir payéeuro pour une assurance hospitalisation pour moi-même
et pour (nombre) enfants.

Je souhaite recevoir l'intervention de l'asbl FONAVIBEL au numéro de compte mentionné ci-après (2):

IBAN

B	E																		
----------	----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Documents à ajouter:

- La composition de ménage** est à joindre **obligatoirement** (si vous avez moins de 75 ans)
- Les preuves de paiement** (une copie de votre facture de votre assurance
ET une copie de votre extrait de compte concerné)

Déclaration

- Je donne mon accord que ces données seront utilisées pour le traitement de cette intervention, comme décrit dans la Déclaration vie privée sur le site www.fonavibel.be

Fait àle Signature:.....

Le remboursement se fera dans les deux mois qui suivent la réception du dossier complet.

(1) Biffer la mention inutile

(2) Si d'application – ajouter le nom du titulaire du compte si différent du demandeur