



European Benefits Administrators (EVS)
82 rue Villeneuve
92587 Clichy Cedex
France
Tel.: +33 (0)1 44 20 82 10
Fax: +33 (0)1 44 20 48 79
indiveurope@s2hgroup.com
www.europeanbenefits.com

Internasjonalt refusjonsskjema for helseutgifter (Norwegian Version)

Forsikrede medlemmer som omfattes av den franske folketrygdordningen eller en annen grunnleggende forsikringsordning, må ha mottatt refusjon fra disse organisasjonene før det sendes inn krav til oss. Dersom dette gjelder i ditt tilfelle, ber vi deg sende oss alle kopier av regninger og refusjonsberegninger fra den franske folketrygdordningen, sammen med en oversikt over utbetalinger fra den andre forsikringsyteren.

NYTTIGE TIPS

- Ta vare på **kopier av alle originaldokumenter** du sender oss.
- **Grupper kravene dine** for å unngå lave refusjonsbeløp.
- **Legg ved originaler av alle betalte regninger og resepter** med beskrivelse av sykdommen, behandlinger, foreskrevet medisin og betalte beløp.
- **Be om forhåndsgodkjenning av gjentatte behandlinger** (f.eks. fysioterapi) som går over fem eller flere ganger.
- Send inn krav innen 12 måneder etter behandlingsdatoen.
- **Når du sender inn ditt første krav eller dersom det er gjort forandringer i forhold til bankkontoen din**, legg ved et offisielt bankdokument med beskrivelse av de nye bankdetaljene dine, herunder: kontonummer, kontoeiers navn, bankens navn og adresse, IBAN (Europa), ABA-nummer (USA), SORT-kode (Storbritannia) eller annen relevant kode.

Påminnelse: Dersom din banks valuta ikke er den samme som valutaen brukt til å betale for helseutgiftene, fastsettes refusjonsbeløpet ut fra den kursen som Natixis

Send alle dokumenter til European Benefits Administrators (se adresse ovenfor)

1 FORSIKRET VOLONTØR

ID # / EVS-nummer	Etternavn	Fornavn	Fødselsdato (dd/mm/åååå)
Tlf.	E-post		

	1 – Fast adresse i hjemlandet	2 – Adresse under EVS-tjeneste
C/O		
Husnummer/Gate/Leilighet/Etasje		
Postkode		
Poststed		
Land		

Adresse for all korrespondanse 1 (hjemland) eller 2 (land der EVS-tjenesten utføres)

Bankdetaljer

Fyll ut denne delen av skjemaet nøyaktig, og angi om pengene skal overføres til din egen, vertsorganisasjonens eller en annen konto (f.eks. leverandør av helsetjenester):

Kontoeier	
Bankens navn	
Bankens fulle adresse	
Ditt kontonummer (IBAN-kode for europeiske kontoer)	
SWIFT-kode/SORT-kode/BIC	
Valuta	

2 UTGIFTER TIL MEDISINSK BEHANDLING ELLER UTSTYR (én linje per utgift)

	Dato for behandling	Beskrivelse av behandlinger, tjenester, medisinsk utstyr og tannpleieprodukter	Type sykdom eller skade	Betalt beløp	Valuta	Lege-/Helsesenter	Land
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							

▪ **Ble noen av behandlingene gitt som følge av en ulykke?**

Antall behandlinger med tilknytning til en ulykke (jf. 2, 5, 6):

ja nei Omstendigheter rundt ulykken:

Dato og sted for ulykken:

3 UNDERSKRIFT

Jeg bekrefter med dette at opplysningene jeg har gitt så godt det lar seg gjøre er korrekte og sannferdige. Dato

Medlemmets underskrift: