### Aanvraag bij het Bijzonder solidariteitsfonds (BSF):

### Verklaring op Erewoord

U dient een aanvraag in bij de adviserend geneesheer van uw ziekenfondsvoor een financiële tegemoetkoming van het Bijzonder solidariteitsfonds (BSF).1 Het ziekenfonds zal u helpen om alle nodige documenten te verzamelen en uw aanvraag door te sturen naar het BSF. Bij een aanvraag moet u onder andere deze ‘Verklaring op erewoord’ voegen. U moet deze verklaring **volledig invullen** en **handtekenen**, zodat het BSF uw aanvraag kan verwerken. Als u niet meer in staat bent uw wil te uiten, dan is uw wettelijke vertegenwoordiger gemachtigd om in uw plaats het formulier in te vullen en te ondertekenen. Uw wettelijke vertegenwoordiger moet verplicht vermelden welke zijn band is met u en indien nodig bewijsstukken bijvoegen.

**Hulp nodig?**U kan hulp vragen aan uw ziekenfonds om deze verklaring in te vullen. Als uw ziekenfonds uw vragen niet kan beantwoorden, dan kan u de afdeling BSF van het RIZIV contacteren:

Tel: +32(0)2 739 76 70

E-mail: solidariteits-fonds-solidarite@riziv.fgov.be

*​(Let op: Het BSF deelt geen enkele specifieke informatie mee over een medisch dossier.)*

**Meer info?**

U vindt meer informatie over het BSF op de website van het RIZIV (www.riziv.be):

*Thema’s > Verzorging: kosten en terugbetaling > Wat het ziekenfonds terugbetaalt > Bijzonder Solidariteitsfonds*

**Rubriek 1: Uw persoonlijke gegevens**

*(Vul de volgende gegevens in of kleef een vignet van het ziekenfonds:)*

Naam: \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

Voornaam:\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

Straat : \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

Nr. : \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

Postcode : \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

Gemeente : \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

Rijksregisternummer *(U vindt dit op de achterkant van uw identiteitskaart. Het bestaat uit 11 cijfers en begint met uw geboortedatum in omgekeerde volgorde.):* \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

Ziekenfonds: \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

**Indien u een wettelijke vertegenwoordiger heeft, de persoonlijke gegevens van uw wettelijke vertegenwoordiger:**

Naam: \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

Voornaam:\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

Straat : \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

Nr. : \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

Postcode : \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

Gemeente : \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

**Rubriek 2: Uw mogelijk recht op een financiële tegemoetkoming van het BSF**

U verklaart:

*(U hoeft hier niets aan te kruisen of in te vullen.)*

* op de hoogte te zijn gebracht dat voor de aangevraagde verstrekking geen financiële tegemoetkoming via de verplichte ziekteverzekering mogelijk is, tenzij via een aanvraag bij het BSF.1
* op de hoogte te zijn gebracht dat het indienen van een aanvraag bij het BSF niet automatisch het recht geeft op een tegemoetkoming van het BSF.
* op de hoogte te zijn gebracht dat een tegemoetkoming van het BSF niet noodzakelijk de volledige kosten, maar eventueel slechts een gedeelte ervan zal dekken en dat er dus sprake kan zijn van een eigen bijdrage.
* op de hoogte te zijn gebracht dat een toestemming voor een behandeling in het buitenland door uw ziekenfonds niet automatisch het recht geeft op een tegemoetkoming van het BSF.

**Rubriek 3: Uw recht op een financiële tegemoetkoming vanwege een andere partij**

**Belangrijk!** Een tegemoetkoming van het BSF is slechts mogelijk nadat u alle andere mogelijkheden van tegemoetkoming hebt uitgeput. Een tegemoetkoming kan afkomstig zijn van uw ziekenfonds of een andere wetgeving (arbeidsongeval, beroepsziekte, enz.), maar ook van een privéverzekering (bv. aanvullende en/of hospitalisatieverzekering) of een andere partij.

Alvorens u een aanvraag doet voor een tegemoetkoming van het BSF moet u dus eerst nakijken of u niet een tegemoetkoming kan krijgen van uw ziekenfonds en in het kader van een andere wetgeving of van een verzekeringsmaatschappij.

U verklaart:

*(Kruis de paragraaf aan die van toepassing is en vul indien nodig de gevraagde gegevens in):*

* dat u **geen** recht heeft op een financiële tegemoetkoming, zelfs niet gedeeltelijk, voor de medische verstrekking(en) waarvoor u een aanvraag indient

*(Uw rechten zijn uitgeput op basis van de Belgische, buitenlandse wetgeving en op basis van een individueel of collectief gesloten overeenkomst.)*

* dat u **wel** recht heeft op een financiële tegemoetkoming, eventueel gedeeltelijk, voor de medische verstrekking(en) waarvoor u een aanvraag indient

*(U kan rechten doen gelden op basis van de Belgische, buitenlandse wetgeving en op basis van een individueel of collectief gesloten overeenkomst)*

In dit geval noteert u het bedrag dat u als financiële tegemoetkoming kreeg:

\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_EUR

**Rubriek 4: De ontvanger van de financiële tegemoetkoming**

Uw ziekenfonds maakt de tegemoetkoming **standaard** aan u over. U kan er wel uitdrukkelijk voor kiezen dat uw ziekenfonds ze aan een zorgverlener (arts, ziekenhuis, enz.) overmaakt.

U verkiest dat:

*(Kruis de paragraaf aan die van toepassing is en vul indien nodig de gevraagde gegevens in)*

het ziekenfonds de financiële tegemoetkoming aan u overmaakt.

het ziekenfonds de financiële tegemoetkoming rechtstreeks aan de zorgverlener overmaakt.

In dat geval vermeldt u de naam (en indien mogelijk het RIZIV-nr., het adres en het rekeningnummer) van de zorgverlener die u aanduidt om de financiële tegemoetkoming te ontvangen:

Naam van de zorgverlener: \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

Nr. RIZIV: \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

Straat: \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

n°: \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

Postcode: \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

Gemeente: \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

Rekeningnummer: \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

**Rubriek 5: Datum en handtekening**

|  |  |
| --- | --- |
| Uw naam 2:  Of  OF  \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_ | Naam van uw wettelijke vertegenwoordiger2:  \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_  De band van uw wettelijke vertegenwoordiger met u3:  \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ |
| Datum *(dag/maand/jaar)*: \_ \_ / \_ \_ /\_ \_ \_ \_ | Datum *(dag/maand/jaar)*: \_ \_ / \_ \_ /\_ \_ \_ \_ |
| Handtekening: | Handtekening: |

1. Artikel 25 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, *BS* 27 augustus 1994.
2. Om ontvankelijk te zijn moet de identificatie van de ondergetekende duidelijk vermeld staan.
3. Als u niet meer in staat bent uw wil te uiten, dan is uw wettelijke vertegenwoordiger gemachtigd om in uw plaats te ondertekenen. Daarom moet deze laatste zijn band met u vermelden (eventueel bewijsstukken bijvoegen).