

Declaratieformulier

Hierbij verklaar ik onderstaande naar waarheid in te vullen,

Handtekening verzekeringnemer _____

Datum _____

Naam verzekeringnemer	:	_____
Adres	:	_____
Postcode en woonplaats	:	_____
Polisnummer	:	_____
Rekeningnummer	:	N L _____
Tenaamstelling rekeninghouder	:	_____

Notagegevens

Geb. datum verzekerde	Naam arts / specialist / instantie	Notanummer / omschrijving	Notadatum	Notabedrag	Ongeval
					ja / nee
					ja / nee
					ja / nee
					ja / nee
					ja / nee
					ja / nee
					ja / nee
					ja / nee
					ja / nee
					ja / nee
					ja / nee
					ja / nee
					ja / nee
					ja / nee
					ja / nee

Aantal ingeleverde nota's: _____

Totaalbedrag: _____

Vergeet u niet de vragen op de achterkant betreffende kosten buiten Nederland en/of een ongeval in te vullen? Op de achterzijde van dit formulier vindt u een toelichting.

Toelichting declaratieformulier

U dient het declaratieformulier te gebruiken voor het indienen van nota's van de aan de voorzijde genoemde verzekeringnemer en zijn of haar verzekerden.

Declaratieformulieren zijn telefonisch te bestellen via (010) 2 466 466 en liggen ook bij onze loketten voor u klaar. Het formulier staat overigens ook op onze internetsite www.dsw.nl.

U dient altijd de originele nota's mee te sturen.

Na verwerking van uw nota('s) ontvangt u een betaalspecificatie van uw ingediende nota's en een nieuw declaratieformulier. De ingezonden originele nota's kunnen niet worden teruggestuurd, ook niet wanneer deze gedeeltelijk worden vergoed. Maakt u desgewenst vooraf een kopie voor uw eigen administratie.

Indien kosten buiten Nederland zijn gemaakt

Wat is de reden dat u medische kosten heeft gemaakt? : _____

Wat is de aanvangsdatum van uw reis? : _____

Wat is de datum van terugkeer in Nederland? : _____

Is een reisverzekering afgesloten? : Nee Ja

Zo ja, maatschappij : _____

polisnummer : _____

In welke munteenheid is betaald? : _____

Indien sprake is van kosten als gevolg van een ongeval

Heeft u het ongeval al eens aan ons doorgegeven? : Nee Ja

Zo nee, datum ongeval : _____

plaats ongeval : _____

Korte omschrijving van de toedracht van het ongeval : _____

Acht u een derde aansprakelijk voor het ongeval? : Nee Ja

Zo ja, naam : _____

straat en huisnummer : _____

postcode en woonplaats : _____