

Declaratieformulier

OOM Ziektelkosten

Hoe stuurt u het formulier op?

Per post vanuit Nederland: antwoordnummer 10231, 2280 WB RIJSWIJK

Per post vanuit het buitenland: postbus 3036, 2280 GA RIJSWIJK, NEDERLAND

Persoonlijke gegevens

Polisnummer
Naam verzekeringnemer
Telefoonnummer verzekeringnemer
E-mailadres

Gegevens bank

Rekeningnummer / IBAN (EU)
Naam rekeninghouder
Woonplaats rekeninghouder

Voor betaling naar een niet-Europees bankrekeningnummer graag invullen:

Rekeningnummer
ABA (VS)
BIC
Naam bank
Vestigingsplaats bank

Gegevens nota (stuur s.v.p. de originele nota's mee)

Soort arts/zorgverlener	Datum behandeling	Valuta	Bedrag	Ongeval?*
.....	Ja / Nee
.....	Ja / Nee
.....	Ja / Nee
.....	Ja / Nee
.....	Ja / Nee
.....	Ja / Nee
.....	Ja / Nee
.....	Ja / Nee

*Indien ja, vul ook formulier melding ongeval in.

Toelichting nota's

Declareert u voor meerdere gezinsleden? Vult u dan voor iedere persoon deze pagina apart in.

Naam verzekerde

Geboortedatum

Voor welke klachten is de verzekerde behandeld?

Wanneer zijn de klachten begonnen?

Welke diagnose heeft de arts gesteld?

Heeft de verzekerde ooit eerder medische hulp Nee Ja Datum:

gezocht voor deze klachten of aandoening?

Wat was het resultaat?

Is de verzekerde nog ergens anders verzekerd Nee Ja Basisverzekering Anders

tegen ziektekosten?

Maatschappij

Polisnummer

Zijn er in verband met de genoemde klachten Nee Ja

meer nota's te verwachten?

Toelichting

Om het recht op uitkering vast te stellen zijn de gegevens op dit formulier inzichtelijk voor de schadebehandelaar.

Ondertekening

De verzekeringnemer (naam):

verklaart dit formulier volledig naar waarheid ingevuld te hebben.

Datum:

Handtekening: