

## VERKLARING

Hierbij verklaar ik dit formulier naar waarheid in te vullen.

Handtekening \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_  
 verzekeringnemer \_\_\_\_\_

## UW GEGEVENS

BSN \_\_\_\_\_  
 Naam \_\_\_\_\_  
 Geboortedatum \_\_\_\_\_

Als de zorgverlener niet rechtstreeks bij ons declareert kunt u het bedrag naar een Nederlands (IBAN ) rekeningnummer laten overmaken. \_\_\_\_\_

Overmaken op ander IBAN \_\_\_\_\_

Op naam van \_\_\_\_\_

## REKENINGEN

Geboortedatum verzekerde	Datum rekening	Nummer / omschrijving	Bedrag	Ongeval
				<input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> ja
				ja
				ja
<b>Aantal rekeningen</b>				

- Voeg de originele rekeningen toe. Kopieën, duplicaten en betalingsherinneringen nemen wij niet in behandeling.
- U ontvangt uw originele rekeningen niet terug. Wij raden u aan een kopie of foto te maken voor uw eigen administratie.
- Vink het vakje bij 'Ongeval' aan als de kosten het gevolg zijn van een ongeval. Door een ongeval bij ons te melden kunnen wij de medische kosten mogelijk verhalen op een aansprakelijke partij.