

# Declaratieformulier



Naam verzekeringnemer       
Geboortedatum         Relatienummer

Notadatum	Notanummer	Notabedrag (€)	Ongeval*
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

\* Alleen aankruisen als dit van toepassing is

Totaal gedeclareerd     ,

## Bovenstaande nota's betalen wij aan u.

**Let op!** Wij verwerken uw declaratie volledig automatisch.

Heeft u vragen of wilt u uw persoonlijke gegevens wijzigen, zoals uw adres of rekeningnummer, dan kunt u wijzigingen doorgeven via MijnONVZ en/of gebruik maken van het contactformulier op onze website.

Voor een vlotte afwikkeling vragen wij u:

- de nota's niet op te sparen en zo snel mogelijk in te sturen
- de originele nota's bij te voegen
- de eventueel noodzakelijke gegevens (bijv. verwijsbrieven) bij te voegen
- bij kosten gemaakt buiten Nederland op de achterzijde onderdeel A in te vullen
- de kolom ongeval aan te kruisen als de nota betrekking heeft op een ongeval
- bij kosten die betrekking hebben op een ongeval, op de achterzijde onderdeel B en eventueel A in te vullen
- uw declaratieformulier en originele nota's te sturen naar **ONVZ Zorgverzekeraar, Postbus 27, 3990 DA Houten**

Door ondertekening verklaar ik dat bovenstaande declaraties overeenstemmen met de verleende zorg, de geleverde (genees)middelen en de mij hiervoor in rekening gebrachte kosten.

Voor vragen ben ik tijdens kantooruren bereikbaar op nummer:

Datum van ondertekening

Handtekening verzekeringnemer

ONVZ stuurt uw ingediende nota's niet terug. Wij adviseren u een kopie van uw declaratieformulier en nota's te maken. Een overzicht van uw declaraties vindt u op MijnONVZ. Voor uw eigen administratie kunt u de ontvangen 'Declaratiespecificatie' gebruiken.

## A. Buitenlandse kosten

Als de kosten buiten Nederland zijn gemaakt, verzoeken wij u onderstaande vragen te beantwoorden. Wilt u de kosten voor meerdere verzekerden declareren, dan kunt u hiervoor een blanco formulier gebruiken.

De kosten zijn gemaakt voor:	Voorletters	Achternaam
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
	Geboortedatum	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
In welk land zijn de kosten gemaakt?	<input type="text"/>	
Wat was de reden van het verblijf in het buitenland?	<input type="checkbox"/> Vakantie <input type="checkbox"/> Zakelijk <input type="checkbox"/> Wonen <input type="checkbox"/> anders	
Wat was de duur van het verblijf?	<input type="checkbox"/> < 180 dagen <input type="checkbox"/> 180 dagen - 1 jaar <input type="checkbox"/> langer dan 1 jaar	
Wat was de datum van vertrek?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Was er sprake van spoedeisende hulp?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	
Voor welke klachten zijn er kosten gemaakt?	<input type="text"/>	
Welke diagnose is er gesteld?	<input type="text"/>	
Is er sprake geweest van een ziekenhuisopname?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, opnamedatum:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		ontslagdatum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Is er sprake geweest van onderzoek en/of operatie?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, graag het behandelverslag meesturen, desgewenst t.a.v. de medisch adviseur	
Bent u niet in het bezit van het behandelverslag, dan ontvangen wij graag uw toelichting op het onderzoek en/of de behandeling:		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
Is er contact geweest met ONVZ Zorgassistance?	<input type="checkbox"/> Ja, schadenummer:	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Nee, de reden hiervan is:	<input type="text"/>
		<input type="text"/>
Is er een reisverzekering afgesloten?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, bij maatschappij:	<input type="text"/>
	polisnummer:	<input type="text"/>
Zijn medische kosten meeverzekerd?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	
(Graag ontvangen wij een kopie van de polis van de reisverzekering)		

## B. Ongeval/Voorval

Als u de toedracht van het ongeval al eerder heeft gemeld, hoeft u de onderstaande vragen niet opnieuw te beantwoorden.

Op welke datum vond het ongeval plaats?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Welk letsel is ontstaan?	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

Hoe vond het ongeval/voorval plaats? Wilt u uw toelichting en een situatieschets als bijlage meesturen? Bij een verkeersongeval verzoeken wij u ons een kopie van het aanrijdingsformulier mee te sturen. Wij verzoeken u gebruik te maken van het "Vragenformulier verhaalszaken". Dit formulier kunt u vinden op [www.onvz.nl](http://www.onvz.nl) via Formulieren en Brochures. U kunt ook kijken bij veelgestelde vragen over medische kosten door een ongeval/voorval.