


# Declaratieformulier



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.

Polisnummer	:	_____
Burgerservicenummer	:	_____
Naam verzekeringnemer	:	_____
Adres	:	_____
Postcode en woonplaats	:	_____
Rekeningnummer	:	
Tenaamstelling rekeningnummer	:	_____

## 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: \_\_\_\_\_

Aldus naar waarheid ingevuld,

Handtekening verzekeringnemer

Datum

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# 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](http://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**

Is een reisverzekering afgesloten? :  Nee  Ja  
Zo ja, maatschappij : \_\_\_\_\_  
polisnummer : \_\_\_\_\_  
Wat is de reden dat u medische kosten heeft gemaakt? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
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 : \_\_\_\_\_