

Deklarationsformular

Für eine schnelle und korrekte Verarbeitung Ihrer Rechnung(en) bitten wir Sie freundlichst, dieses Deklarationsformular:

1. **vollständig** auszufüllen;
2. die dazu gehörende **Originalrechnung(en) mitzuschicken**;
3. für Ihre eigenen Unterlagen eine Kopie anzufertigen;
4. das ausgefüllte Deklarationsformular zurückzuschicken an
Salland verzekeringen, t.a.v. afd. Verstrekkingen/ groep verzekeren
Antwoordnummer 30
7400 VB Deventer (Briefmarke ist nicht erforderlich).

Policennummer : _____
 Name : _____
 Adresse : _____
 Ort : _____
 Telefonnummer : _____ - _____
 Kontonummer : _____ (Bank/Giro)*
 Nummer IBAN : _____
 Nummer BIC : _____

* Nichtzutreffendes streichen.

* Kontrollieren Sie bitte, ob die eingetragene Kontonummer Ihre Kontonummer ist.

Unterschrift: _____

Sozialversicherungs- u. Steuernr., Bürgerservicenr.	Initialen Vorname des Versicherten	Geburtsdatum	Bearbeitungs- datum	Art der Versorgung (Hausarzt, Zahnarzt usw.)	Rech- nungs- betrag	Unfall? (**)
						<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

(**) Falls zutreffend ankreuzen.

Erläuterung zu "Unfall"

Bitte ankreuzen, wenn die deklarierten Kosten die Folge eines Unfalls sind.

Wir prüfen dann, ob die Arztkosten möglicherweise der Gegenpartei (Versicherungsgesellschaft) in Rechnung gestellt werden können. Ihre Deklaration wird in der üblichen Weise bearbeitet.

Unfalldatum: _____

Nicht niederländischsprachige Rechnung(en)

Allgemeines:

- 1) Wenn die Rechnung in einer anderen Sprache als Englisch, Französisch, Deutsch oder Spanisch ausgestellt ist, müssen Sie eine Übersetzung eines vereidigten Übersetzers mitschicken.
- 2) Achten Sie darauf, dass die Rechnung folgende Angaben enthält: Name, Adresse, Wohnort und Beruf des Leistungserbringers (zum Beispiel Hausarzt oder Zahnarzt), Rechnungsdatum und Datum, an dem die Leistung erbracht worden ist, Bezeichnung der Leistung, Name und Geburtsdatum des Versicherten.

Rechnung:

In welchem Land fand die Behandlung statt?

Wann fand die Behandlung statt?

Vom (TT-MM-JJJJ) bis (TT-MM-JJJJ)

Welche Leistung wurde für Sie erbracht? (*)

() Hier müssen Sie die nicht niederländische(n) Rechnung(en) übersetzen und erläutern.*

Handelt es sich um einen Notfall? JA NEIN

Wurde er der Notfallzentrale gemeldet? JA NEIN

Wenn ja, haben Sie die Dossiernummer?

Haben Sie eine Reiseversicherung mit Arztkosten abgeschlossen? JA NEIN

Wenn ja, bei welcher Gesellschaft?

Policennummer der Reiseversicherung:

Nach der Bearbeitung Ihrer Rechnung(en) wird Ihnen automatisch ein neues Deklarationsformular zugeschickt.

Besuchen Sie unsere Website: www.HollandZorg.nl