



1 Aanvrager

Naam verzekerde	
Adres	
Postcode	
Woonplaats	
Telefoon (overdag)	
E-mail	
Relatienummer	
BSN	

2 Te declareren nota(s)

Wie is behandeld?	Zorgverlener (bijv. huisarts, tandarts, apotheek, specialist)	Medische indicatie/ behandeling*	Valuta/ notabedrag
Relatienummer	Geboortedatum		

* Geeft u op de volgende bladzijde een uitgebreide toelichting op de medische indicatie / de behandeling.

3 Specificatie medische zorg

Land en plaats waar de behandeling en/of opname plaatsvond	
Datum vertrek uit Nederland	
Datum terugkomst in Nederland	

Is er sprake van een ongeval , waarbij een tegenpartij aansprakelijk kan worden gesteld?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Was er sprake van ziekenhuisverblijf?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Is hiervan melding gedaan bij Alarmcentrale Eurocross?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, datum <input type="text"/>
Kon de medische zorg uitgesteld worden tot na terugkeer in Nederland?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Was er in Nederland al sprake van klachten, waarvoor in het buitenland behandeling heeft plaatsgevonden?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Zijn de kosten gemaakt door het uitvoeren van beroepswerkzaamheden?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Heeft u een reisverzekering afgesloten met een dekking voor medische kosten?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Bij maatschappij <input type="text"/>	Onder polisnummer	<input type="text"/>

*** Toelichting op de medische indicatie / de behandeling**

4 Ondertekening

Door het ondertekenen van dit formulier verklaart u dat de door u ingevulde gegevens kloppen. En dat u geen belangrijke informatie heeft geheimgehouden.

Datum

Handtekening

Let op!

- Schrijft u op de nota('s) het relatienummer van de behandelde verzekerde?
- Maakt u voor uw eigen administratie een kopie van dit formulier en van de nota('s)?