

1 Aanvrager

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

2 Te declareren nota('s)

Wie is behandeld?	Zorgverlener			
Relatienummer	Geboortedatum	(bijv. huisarts, tandarts, apotheek, specialist)	Notadatum	Notabedrag

Is er sprake van een **ongeval**, waarbij een tegenpartij aansprakelijk kan worden gesteld? Ja Nee

3 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	<input type="text"/>	Handtekening	<input type="text"/>
-------	----------------------	--------------	----------------------

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)?
- Vond de medische zorg niet plaats in het land waar de behandelde verzekerde woont? Vult u dan het Declaratieformulier Buitenland in. Dit formulier vindt u op ozf.nl/declareren.