

1 Mijn gegevens

Naam verzekerde

Adres

Postcode

Woonplaats

Telefoon (overdag)

E-mail

Relatienummer

2 Te declareren nota('s)

Wie is behandeld?

Zorgverlener

Relatienummer

Geboortedatum

(bijv. huisarts, tandarts, apotheek, specialist)

Notadatum

Notabedrag

Relatienummer	Geboortedatum	Zorgverlener (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 ondertekening geeft u aan akkoord te gaan met de geleverde medische zorg op de gedeclareerde nota('s).

Datum

Handtekening
verzekeringsnemer

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.