

**1. Algemene gegevens**

Naam en voorletters _____	Geslacht	<input type="checkbox"/> man	<input type="checkbox"/> vrouw
Adres _____	Postcode _____		
Plaats _____	Relatienummer _____		
Telefoonnummer _____	Geboortedatum _____		
Email _____			

**2. Specificatie van de medische kosten buitenland**

Op wie hebben de kosten betrekking?

Naam \_\_\_\_\_

Polisnummer \_\_\_\_\_

Land en plaats waar de behandeling en/of opname plaatsvond \_\_\_\_\_

Reden verblijf in buitenland \_\_\_\_\_

Datum vertrek \_\_\_\_\_ Reisduur \_\_\_\_\_

Was er sprake van spoedeisende medische hulp\*?  ja  nee

Zo nee, ga verder naar punt 4

\* Spoedeisende hulp is zorg die bij vertrek naar het buitenland niet te voorzien was en niet was uit te stellen tot na terugkeer in het woonland. Er dient sprake te zijn van een acute situatie die is ontstaan als gevolg van een ongeval of ziekte, waarbij medische zorg direct noodzakelijk was.

**3. Spoedeisende zorg**

Aard van het letsel/de ziekte

Wat voor soort behandeling heeft er plaatsgevonden?

Op welke datum vond de eerste geneeskundige behandeling plaats? \_\_\_\_\_

Had u al eerder deze ziekte?  ja  nee

Zo ja, heeft u voor aanvang van de reis een arts geraadpleegd?  ja  nee

Zo ja, op welke datum? \_\_\_\_\_

Was er sprake van een ziekenhuisopname in het buitenland?  ja  nee

Is er contact geweest met de alarmcentrale  ja  nee

Was er sprake van een ongeval?  ja  nee

Is een derde schuldig aan het ongeval?  ja  nee

Zo ja, kunt u een beschrijving geven van de situatie?

Heeft u een lopende reisverzekering?  ja  nee

Zo ja:

Naam verzekeraar \_\_\_\_\_ Polisnummer \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_ Plaats \_\_\_\_\_

Een kopie van de polis dient u altijd mee te sturen.

#### 4. Niet spoedeisende zorg

Medische indicatie

Wat voor soort behandeling heeft er plaatsgevonden?

Wij verzoeken u om de verwijzing en, indien mogelijk, het behandelverslag mee te sturen.

#### 5. Omschrijving gemaakte kosten

Omschrijving	Notanummer	Bedrag in €	Al betaald*	
_____	_____	€ _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
_____	_____	€ _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
_____	_____	€ _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
_____	_____	€ _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
_____	_____	€ _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

Voor het in behandeling nemen van uw declaratie is het belangrijk dat op de nota de naam van de verzekerde, de behandeling, de datum van de behandeling, het notabedrag en de gegevens van de zorgaanbieder staan.

\* Indien de zorgverlener een rekeningnummer in het buitenland heeft kunnen wij alleen vergoedingen van € 250,- of groter rechtstreeks overmaken. Buitenlandnota's kleiner dan € 250,- dient u zelf over te maken.

#### 6. Ondertekening

*Aldus naar waarheid ingevuld,*

Datum \_\_\_\_\_ Plaats \_\_\_\_\_

Handtekening verzekeringnemer \_\_\_\_\_

U kunt het volledig ingevulde en ondertekende formulier sturen naar:

Nedasco B.V.  
T.a.v. team Medisch Advies  
Postbus 6253  
4000 HG Tiel

Op basis van de gegevens op dit formulier bepaalt uw zorgverzekeraar of er recht bestaat op vergoeding van de gedeclareerde kosten. U ontvangt van uw zorgverzekeraar schriftelijk een besluit van uitkering of vergoeding.

Uw zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor controles uit te voeren. Indien kosten ten onrechte zijn vergoed, zal uw zorgverzekeraar, op grond van de bepalingen van het Burgerlijk Wetboek, in beginsel overgaan tot terugvordering van het ten onrechte betaalde.