

## Klantgegevens

Vul hier de gegevens in van de verzekeringnemer.

Klantnummer		
<input type="text"/>		
Voorletter(s)	Tussenvoegsel(s)	Achternaam
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straat		Huisnummer
<input type="text"/>		<input type="text"/>
		Toevoeging huisnummer
		<input type="text"/>
Postcode	Woonplaats	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

## Toelichting bij het invullen

- Is er sprake van een ongeval waarbij een tegenpartij betrokken is? Kruis dan het vakje 'Ongeval' aan.
- Op de achterkant van dit formulier staan een aantal vragen. Wij vragen u vriendelijk deze vragen zo volledig mogelijk te beantwoorden.
- Wij maken de vergoeding over op het bij ons bekende rekeningnummer

## Belangrijk om te weten

- Met dit declaratieformulier kunt u alleen in het buitenland gemaakte kosten bij ons declareren. Extra formulieren, het declaratieformulier voor uw overige zorgkosten en het declaratieformulier voor vervoerskosten vindt u op onze website: [www.unc.nl](http://www.unc.nl).
- Om voor vergoeding in aanmerking te komen, dient de deelnemer gespecificeerde rekeningen in het Engels, Frans, Duits, Spaans of Nederlands, evenals de daarop betrekking hebbende betalingsbewijzen, te verstrekken.

## Opsturen declaratie

- Stuur uw nota's regelmatig in. Bewaar ze niet tot het einde van het jaar.
- Voeg de originele nota's bij dit declaratieformulier. Kopieën, duplicaten en betalingsherinneringen nemen wij niet in behandeling.
- U ontvangt uw originele nota's niet terug. Wij raden u aan een kopie te maken voor uw eigen administratie.
- U kunt uw declaratie sturen naar: Zorgverzekeraar UMC, Postbus 25030, 5600 RS Eindhoven.

Notanummer/factuurkenmerk van de nota's	Wie werd behandeld ?		Bedrag van de nota's	Gevolg ongeval?		
	Voorletters	Geboortedatum (DD-MM-JJJ)				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja		
Totaal aantal nota's		Datum inzending	Totaalbedrag nota's			
1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>	5 <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	€ <input type="text"/>

Voor meer informatie over uw zorgverzekering verwijzen wij u naar onze website: [www.unc.nl](http://www.unc.nl).

**Waar vond de behandeling plaats?**

Land:

Plaats:

**In welke munteenheid is betaald?**

Euro  Anders, namelijk

**Hebt u een reisverzekering?**

Nee  Ja

Maatschappij:  Polisnummer:

**Is deze reisverzekering met dekking medische kosten?**

Nee  Ja

**Hebt u tijdens uw verblijf in het buitenland contact opgenomen met de UMC Alarmcentrale om te melden dat u zorgkosten ging maken/gemaakt had?**

Nee  Ja

**Bent u één of meerdere nachten achter elkaar in een ziekenhuis opgenomen geweest?**

Nee  Ja

Opnamedatum    Ontslagdatum

**Is er sprake geweest van een operatie?**

Nee  Ja, welke ingreep heeft er plaatsgevonden?

**Bent u in het bezit van een medisch rapport van de arts die u in het buitenland behandelde?**

Nee  Wilt u zelf een toelichting geven op de behandeling

Ja. Ik voeg dit rapport toe aan mijn declaratie.

**Bestond de aandoening waarvoor u in het buitenland behandeld bent al voor u aan de reis begon?**

Nee  Ja