

Formularz wniosku o pokrycie kosztów

Aby zapewnić szybkie i prawidłowe rozliczanie rachunków prosimy uprzejmie o wypełnienie niniejszego formularza wniosku o pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych:

1. proszę wypełnić **cały** formularz;
2. wraz z formularzem należy nadesłać **oryginał(y) rachunku(-ów)**;
3. proszę sporządzić kopie dla własnej administracji;
4. wypełniony formularz deklaracyjny należy odesłać na adres:
Salland verzekeringen t.a.v. afd. Verstrekingen/ groep verzekerden,
Antwoordnummer 30,
7400 VB Deventer (nie trzeba naklejać znaczka).

Numer polisy : _____
Nazwisko : _____
Ulica i nr domu : _____
Miejscowość : _____
Numer telefonu : _____ - _____
Nr rachunku bankowego: _____ (bank/giro)*
Numer IBAN : _____
Numer BIC : _____

* niepotrzebne skreślić

*) Proszę sprawdzić, czy wypełniony numer rachunku jest faktycznie numerem Pana(-i) rachunku

Podpis: _____

| Sofinumer/ Numer BSN | Pierwsze litery imion ubezpieczonego | Data urodzenia | Data udzielenia świadczenia zdrowotnego | Rodzaj świadczenia zdrowotnego (lekarz domowy, dentysta itp.) | Kwota Rachunku € | Wypadek? (**) |
|----------------------|--------------------------------------|----------------|---|---|------------------|------------------------------|
| | | | | | | <input type="checkbox"/> tak |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> tak |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> tak |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> tak |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> tak |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> tak |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> tak |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> tak |

(**) Zakreślić, jeśli ma to zastosowanie.

Objaśnienie dotyczące wypadków:

Zakreślając ten kwadracik, poda Pan(i), że koszty, o których pokrycie występuje wnioskodawca poczynione zostały w następstwie wypadku. Zbadamy wówczas, czy możliwe jest obciążenie tymi kosztami strony przeciwnej (przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego). Wniosek o pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych zostanie rozpatrzony w normalnie przyjęty sposób.

Data wypadku: _____

Rachunek (rachunki) spoza Holandii:

Zasady ogóle:

- 1) Jeśli rachunek wystawiono w języku innym niż angielski, francuski, niemiecki lub hiszpański, należy nadesłać wraz rachunkiem jego tłumaczenie przysięgłe.
- 2) Proszę dopilnować, by na rachunku podane były następujące informacje: nazwisko, adres/ siedziba i zawód udzielającego świadczenia zdrowotnego (np. lekarza domowego lub dentysty), data wystawienia rachunku i data udzielenia świadczenia zdrowotnego, opis świadczenia zdrowotnego oraz nazwisko i data urodzenia ubezpieczonego.

Rachunek:

W jakim kraju udzielono świadczenia zdrowotnego? _____

Kiedy miało miejsce leczenie?

Od (dd-mm-rrrr) _____ do (dd-mm-rrrr) _____

Jakiego rodzaju świadczenia zdrowotnego Panu(-i) udzielono? (*)

() Tutaj należy przetłumaczyć rachunek wystawiony w języku innym niż niderlandzki i go objaśnić.*

Czy dotyczy to pomocy w nagłych wypadkach/choroby? TAK NIE

Czy zgłoszono to w centrali alarmowej? TAK NIE

Jeśli tak, czy zna Pan(i) numer akt? _____

Czy zawarł(a) Pan(i) ubezpieczenie podróżne obejmujące koszty medyczne? TAK NIE

Jeśli tak, w jakim przedsiębiorstwie ubezpieczeniowym? _____

Numer polisy ubezpieczenia podróżnego: _____

Po dokonaniu rozliczenia nadesłanych przez Pana(-ią) rachunków automatycznie nadesłany zostanie Panu(-i) formularz wniosku o pokrycie kosztów.

Proszę również odwiedzić naszą witrynę internetową www.HollandZorg.nl