

Wniosek o pokrycie kosztów leczenia

Aby zapewnić szybkie i prawidłowe rozliczenie rachunków prosimy uprzejmie o wypełnienie niniejszego wniosku o pokrycie kosztów opieki medycznej:

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:
HollandZorg t.a.v. afd. Verstrekingen/ groep verzekerden,
Antwoordnummer 30,
7400 VB Deventer (nie trzeba naklejać znaczka).

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

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

(**) Zakreślić, jeśli ma to zastosowanie.

Objaśnienie dotyczące wypadków:

Zakreślając ten kwadracik, oświadczam Pan(i), że zadeklarowane koszty są następstwem wypadku. Sprawdzamy wówczas, czy możliwe jest obciążenie tymi kosztami strony przeciwnej (przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego). Wniosek o pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych zostanie rozpatrzony w normalnie przyjęty sposób.

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 i rodzaj udzielonego świadczenia 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) _____

Jakie koszty poniósł (ła) Pan(i) za udzielone świadczenie zdrowotne? (*)

() 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, to w jakim zakładzie 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