

## Declaratieformulier

Naam verzekeringnemer

Geboortedatum         Relatienummer

Notadatum	Notanummer	Notabedrag (€)	Ongeval*
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

\* Alleen aankruisen als dit van toepassing is

Totaal gedeclareerd     ,

**Bovenstaande nota's betalen wij aan u.**

**Let op!** Wij verwerken uw declaratie volledig automatisch.  
 Heeft u vragen of wilt u uw persoonlijke gegevens wijzigen, zoals uw adres of rekeningnummer, dan kunt u wijzigingen doorgeven via MijnPNOzorg en/of gebruik maken van het contactformulier op onze website.

- Voor een vlotte afwikkeling vragen wij u:
- de nota's niet op te sparen en **zo snel mogelijk** in te sturen
  - de originele nota's bij te voegen
  - de eventueel noodzakelijke gegevens (bijv. verwijsbrieven) bij te voegen
  - bij kosten gemaakt buiten Nederland op de achterzijde onderdeel **A** in te vullen
  - de kolom ongeval aan te kruisen als de nota betrekking heeft op een ongeval
  - bij kosten die betrekking hebben op een ongeval, op de achterzijde onderdeel B en eventueel A in te vullen
  - uw declaratieformulier en originele nota's te sturen naar **PNOzorg, Postbus 463, 3990 GG Houten**

Door ondertekening verklaar ik dat bovenstaande declaraties overeenstemmen met de verleende zorg, de geleverde (genees)middelen en de mij hiervoor in rekening gebrachte kosten.

Voor vragen ben ik tijdens kantooruren bereikbaar op nummer:

**Datum van ondertekening**

**Handtekening verzekeringnemer**

PNOzorg stuurt uw ingediende nota's niet terug. Wij adviseren u kopieën van declaratieformulieren en nota's te maken. Een overzicht van uw declaraties vindt u op MijnPNO. Voor uw eigen administratie kunt u de ontvangen 'Declaratiespecificatie' gebruiken.

## A. Buitenlandse kosten

Als de kosten buiten Nederland zijn gemaakt, verzoeken wij u onderstaande vragen te beantwoorden. Wilt u de kosten voor meerdere verzekerden declareren, dan kunt u hiervoor een blanco formulier gebruiken.

De kosten zijn gemaakt voor: Voorletters  Achternaam

Geboortedatum

In welk land zijn de kosten gemaakt?

Wat was de reden van het verblijf in het buitenland?  Vakantie  Zakelijk  Wonen  anders

Wat was de duur van het verblijf?  < 180 dagen  180 dagen - 1 jaar  langer dan 1 jaar

Wat was de datum van vertrek?

Was er sprake van spoedeisende hulp?  Nee  Ja

Voor welke klachten zijn er kosten gemaakt?

Welke diagnose is er gesteld?

Is er sprake geweest van een ziekenhuisopname?  Nee  Ja, opnamedatum:   
ontslagdatum:

Is er sprake geweest van onderzoek en/of operatie?  Nee  Ja, graag het behandelverslag meesturen, desgewenst t.a.v. de medisch adviseur

Bent u niet in het bezit van het behandelverslag, dan ontvangen wij graag uw toelichting op het onderzoek en/of de behandeling:

  
  
  

Is er contact geweest met PNO Zorgassistance?  Ja, schadenummer:

Nee, de reden hiervan is:

  

Is er een reisverzekering afgesloten?  Nee

Ja, bij maatschappij:

polisnummer:

Zijn medische kosten meeverzekerd?  Nee  Ja

(Graag ontvangen wij een kopie van de polis van de reisverzekering)

## B. Ongeval/Voorval

Als u de toedracht van het ongeval al eerder heeft gemeld, hoeft u de onderstaande vragen niet opnieuw te beantwoorden.

Op welke datum vond het ongeval plaats?

Welk letsel is ontstaan?

Hoe vond het ongeval/voorval plaats? Wilt u uw toelichting en een situatieschets als bijlage meesturen? Bij een verkeersongeval verzoeken wij u ons een kopie van het aanrijdingsformulier mee te sturen. Wij verzoeken u gebruik te maken van het "Vragenformulier verhaalszaken". Dit formulier kunt u vinden op [www.pnozorg.nl](http://www.pnozorg.nl) via Formulieren en Brochures.

U kunt ook kijken bij veelgestelde vragen over medische kosten door een ongeval/voorval.