

DECLARATIEFORMULIER GLOBAL VISITOR

(Ook te downloaden van www.oomverzekeringen.nl)

BELANGRIJK!

- Gebruik voor iedere verzekerde een apart declaratieformulier.
- Indien er onvoldoende ruimte op het formulier aanwezig is, voegt u dan zelf de benodigde toelichting toe.
- Formulieren die niet volledig zijn ingevuld, of niet zijn ondertekend, nemen wij niet in behandeling.
- Stuur het declaratieformulier met de originele nota's, nadat het eigen risico overschreden is, zo snel mogelijk in.
- De Global Visitor-verzekering is gebaseerd op het **declaratieprincipe**. Dit betekent dat de **verzekerde zelf verantwoordelijk is voor de betaling van de kosten**. Na betaling kunnen de nota's bij ons gedeclareerd worden. Eventuele administratie- en/of incassokosten worden niet vergoed.
- Stuur uitsluitend originele nota's in. Duplicaat-, kopie- en/of herin-

neringsnota's alsmede betaalbewijzen, enz. nemen wij niet in behandeling.

- Nota's dienen voorzien te zijn van:
 - naam (inclusief voornamen en/of -letters) en geboortedatum van de patiënt(e),
 - behandeldatum en notadatum (data in de christelijke jaartelling),
 - notabedrag en valuta.
- Bovenstaande gegevens moeten in een voor ons begrijpelijke taal (bijv. Engels) op de nota zijn opgenomen.
- Medische verklaringen, verwijsbriefjes, recepten en overige bewijsstukken dienen bij de nota's gevoegd te worden.
- Wij adviseren u voor uw eigen administratie kopieën te maken van dit formulier en van de bijgevoegde nota's.

VERZEKERINGNEMER

POLISNUMMER:

Naam en voornamen: (M/V)
Adres:
E-mail:
Telefoonnummer: Faxnummer:

VERZEKERDE OP WIE DEZE DECLARATIE BETREKKING HEEFT

Naam en voornamen: (M/V)
Geboortedatum:

VERGOEDINGEN KUNNEN WORDEN OVERGEMAAKT OP

Rekeningnummer (post)bank:
Naam en woonplaats van de rekeninghouder:
Bij betalingen naar een buitenlands bankrekeningnummer tevens invullen:
Naam en vestigingsplaats van de bank:
Swiftcode van de bank:

SPECIFICATIE GEDECLAREERDE NOTA'S

	Naam zorgverlener	Behandeldatum	Valuta	Bedrag	Ongeval
1.	Ja / Nee
2.	Ja / Nee
3.	Ja / Nee
4.	Ja / Nee
5.	Ja / Nee
6.	Ja / Nee
7.	Ja / Nee
8.	Ja / Nee
9.	Ja / Nee
10.	Ja / Nee

andere zijde ook invullen a.u.b.

TOELICHTING**POLISNUMMER:**

(door verzekerde of diens wettelijke vertegenwoordiger te beantwoorden)

1. Voor welke klachten is verzekerde behandeld?
2. Op welke datum begonnen de klachten?
3. Op welke datum werd hiervoor voor het eerst
een arts geconsulteerd? Naam + adres arts:
4. Consulteerde verzekerde hiervoor nog
andere artsen? nee ja, datum:
5. Was verzekerde hiervoor al eerder
onder behandeling? nee ja, datum:
6. Is verzekerde in een ziekenhuis opgenomen?
(verblijf langer dan 24 uur) nee ja: vul dan ook het Meldingsformulier Ziekenhuisopname in.
(Dit formulier kunt u downloaden van www.oomverzekerings.nl)
7. Is de kwaal / klacht het gevolg van:
- a. sportbeoefening? nee ja: geef hieronder een korte beschrijving van de gebeurtenis
- b. uitoefening van werk? nee ja: geef hieronder een korte beschrijving van de gebeurtenis
- c. een ongeval? nee ja: geef hieronder een korte beschrijving van de gebeurtenis en
vul het Meldingsformulier Ongeval in.
(Dit formulier kunt u downloaden van www.oomverzekerings.nl)
- Beschrijving bij a, b en/of c:
8. Wanneer verbleef verzekerde in Nederland? van t/m
- 9 a. Is verzekerde nog elders tegen
ziektekosten verzekerd? nee ja: basisverzekering anders:
- Maatschappij:
- Polisnummer:
- Verzekerde periode: van t/m
- b. Kan op grond van deze elders lopende verzekering nee ja
aanspraak op vergoeding worden gemaakt? Toelichting:
10. Zijn er in verband met bovenstaande klachten nog nee ja, toelichting:
meer kosten te verwachten?
- (Bijv. omdat nog niet alle nota's ontvangen zijn of
omdat verzekerde nog onder behandeling is.)

Verzekerde (naam), geboren verklaart:

- vorenstaande vragen en opgaven naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord en geen bijzonderheden met betrekking tot deze schade te hebben verzwegen en ermee bekend te zijn dat bij onjuiste/onvolledige/onware opgave elk recht op uitkering vervalt;
- toestemming te geven aan de medisch adviseur(s) van OOM Global Care N.V., of aan de medisch adviseur(s) van een door OOM Global Care N.V. in te schakelen organisatie, om, indien deze na het beoordelen van de antwoorden op de gestelde vragen nog onvoldoende informatie heeft om tot een advies te komen, de van belang zijnde medische gegevens op te vragen bij de door u genoemde arts(en) in verband met hetgeen waarvoor u behandeld bent en waarvan u hierbij de kosten declareert;
- ermee bekend te zijn dat dit declaratieformulier en de eventueel nog nader te overleggen gegevens dienen om de omvang van de schade en het recht op uitkering vast te stellen. Dit geldt ook voor de machtiging die tot maximaal één jaar na ondertekening van dit formulier geldig is;
- van de inhoud van dit formulier kennis te hebben genomen.

Handtekening: **De verzekerde dient zelf te ondertekenen**, tenzij hij/zij nog geen 16 jaar oud is, onder curatele is gesteld of ten behoeve van hem/haar een mentorschap is ingesteld. In dat geval tekent de wettelijk vertegenwoordiger.

Datum: Plaats:

Naam wettelijk vertegenwoordiger: Uitsluitend in te vullen als de verzekerde nog geen 16 jaar oud is, onder curatele is gesteld of ten behoeve van hem/haar een mentorschap is ingesteld.

Relatie tot verzekerde (maak keuze): vader/moeder – voogd – mentor