

# Declaratieformulier

## OOM Ziektekosten

Wist u dat u ziektekosten ook  
digitaal kunt declareren? Bezoek:  
[www.oomverzekeringen.nl/mijnoom](http://www.oomverzekeringen.nl/mijnoom)

### Hoe stuurt u het formulier op?

Per post vanuit Nederland: antwoordnummer 10231, 2280 WB RIJSWIJK

Per post vanuit het buitenland: postbus 3036, 2280 GA RIJSWIJK, NEDERLAND

### Persoonlijke gegevens

Polisnummer .....  
Naam verzekeringnemer .....  
Telefoonnummer verzekeringnemer .....  
E-mailadres .....

### Gegevens bank

Rekeningnummer / IBAN (EU) .....  
Naam rekeninghouder .....  
Woonplaats rekeninghouder .....

Voor betaling naar een niet-Europees bankrekeningnummer graag invullen:

Rekeningnummer .....  
ABA (VS) .....  
BIC .....  
Naam bank .....  
Vestigingsplaats bank .....

### Gegevens nota (stuur s.v.p. de originele nota's mee)

Soort arts/zorgverlener	Datum behandeling	Valuta	Bedrag	Ongeval?*
.....	.....	.....	.....	Ja / Nee
.....	.....	.....	.....	Ja / Nee
.....	.....	.....	.....	Ja / Nee
.....	.....	.....	.....	Ja / Nee
.....	.....	.....	.....	Ja / Nee
.....	.....	.....	.....	Ja / Nee
.....	.....	.....	.....	Ja / Nee
.....	.....	.....	.....	Ja / Nee

\*Indien ja, vul ook formulier melding ongeval in.

## Toelichting nota's

---

Declareert u voor meerdere gezinsleden? Vult u dan voor iedere persoon deze pagina apart in.

Naam verzekerde .....

Geboortedatum .....

Voor welke klachten is de verzekerde behandeld? .....

Wanneer zijn de klachten begonnen? .....

Welke diagnose heeft de arts gesteld? .....

Heeft de verzekerde ooit eerder medische hulp  Nee  Ja Datum: .....

gezocht voor deze klachten of aandoening? .....

Wat was het resultaat? .....

Is de verzekerde nog ergens anders verzekerd  Nee  Ja  Basisverzekering  Anders

tegen ziektekosten? .....

Maatschappij .....

Polisnummer .....

Zijn er in verband met de genoemde klachten  Nee  Ja

meer nota's te verwachten? .....

Toelichting .....

Om het recht op uitkering vast te stellen zijn de gegevens op dit formulier inzichtelijk voor de schadebehandelaar.

## Ondertekening

---

De verzekeringnemer (naam): .....

verklaart dit formulier volledig naar waarheid ingevuld te hebben.

Datum:

Handtekening: