

Uw gegevens

Relatienummer:

Naam:

BSN:

Geboortedatum:

Telefoonnummer:

E-mailadres:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

BELANGRIJK

1. Is de factuur in een andere taal opgesteld dan Nederlands, Engels, Frans, Duits, Turks, Spaans of Pools? Stuur dan een vertaling mee van een beëdigd vertaler. Als er geen vertaling wordt megestuurd, kunnen wij uw declaratie niet in behandeling nemen.

2. De factuur moet de volgende gegevens van de zorgaanbieder bevatten:

- Naam
- Adres
- Woonplaats
- Beroep

Daarnaast moet de factuur de volgende gegevens van de verzekerde bevatten:

- Naam
- Geboortedatum

Ook moet de factuur de volgende algemene gegevens bevatten:

- datum van de factuur
- datum waarop de behandeling heeft plaatsgevonden
- beschrijving van de zorg

Informatie over de behandeling

| | |
|---|--|
| 1. In welk land was u toen u zorg nodig had? | |
| 2. Was er sprake van spoedeisende zorg, die niet kon worden uitgesteld tot u terug was in Nederland? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee Toelichting: |
| 3. Was u al langer ziek? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee Toelichting: |
| 4. Bij wie bent u geweest? (Bijv. huisarts, ziekenhuis etc.) | |
| 5. Wat was de diagnose? | |
| 6. Wat was de aard van de behandeling? | |

| | |
|--|--|
| 7. Kreeg u medicijnen? | O Ja O Nee Welke? - - - - |
| 8. Waar en wanneer heeft de behandeling plaats gevonden? (Land, plaats en datum) | Land: Plaats: Datum: |
| 9. In welke periode was u in het buitenland? | Van ____-____-____ tot en met ____-____-____ |

Informatie over de factuur

| | |
|---|--|
| 10. Hoeveel facturen heeft u gekregen? | |
| 11. Hoeveel heeft de behandeling gekost? | |
| 12. Op welke datum heeft u de factuur/facturen betaald? | |
| 13. Met welke muntsoort heeft u betaald? | |

Informatie over de procedure

| | |
|---|---|
| 14. Is de alarmcentrale ingeschakeld? | O Ja O Nee Zo ja, dossiernummer: |
| 15. Zijn de kosten overgenomen door de alarmcentrale? | O Ja O Nee Waarom niet? |
| 16. Heeft u een reisverzekering afgesloten met medische kosten? | O Ja O Nee Welke maatschappij? Polisnummer: |

Heeft u dit formulier naar waarheid ingevuld? Ja Nee

Handtekening, datum en plaats

Stuur het ingevulde formulier met een kopie van de originele factuur naar declaratie@eno.nl. U mag het ook per post sturen naar:
 Eno Zorgverzekeringen
 Afdeling Declaratie
 Antwoordnummer 30
 7400 VD Deventer (postzegel niet nodig)

Houdt u er rekening mee dat wij de originele factuur/facturen ten alle tijden kunnen opvragen.