

Claimnummer

(in te vullen door Delta Lloyd Zorg)

DECLARATIEFORMULIER

Relatienummer: _____

Naam verzekeringnemer: _____ Geboortedatum: _____

Belangrijk:

- Wilt u met dit declaratieformulier alleen de nota's declareren die vallen onder de dekking van het bovenstaande relatienummer?
- Maximaal 8 originele nota's per declaratie inzenden (kopienota's en betalingsherinneringen kunnen niet worden behandeld).
- Vergeet u niet kopieën te maken van de nota's voor uw eigen administratie? Delta Lloyd behoudt de ingezonden originele nota's.
- Wanneer u een mededeling of wijziging heeft, verzoeken wij u het wijzigingsformulier te gebruiken.

IN TE VULLEN DOOR VERZEKERDEValuta*: EURO Overige namelijk _____ (*per declaratieformulier nota's van eenzelfde valuta declareren a.u.b.)

	Soort zorgverlener (bijv. huisarts, specialist, enz.)	Notanummer	Notabedrag	Nota betalen aan*	Heeft de nota betrekking op een ongeval?*
1				<input type="checkbox"/> mijzelf <input type="checkbox"/> zorgverl.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
2				<input type="checkbox"/> mijzelf <input type="checkbox"/> zorgverl.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
3				<input type="checkbox"/> mijzelf <input type="checkbox"/> zorgverl.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
4				<input type="checkbox"/> mijzelf <input type="checkbox"/> zorgverl.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
5				<input type="checkbox"/> mijzelf <input type="checkbox"/> zorgverl.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
6				<input type="checkbox"/> mijzelf <input type="checkbox"/> zorgverl.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
7				<input type="checkbox"/> mijzelf <input type="checkbox"/> zorgverl.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
8				<input type="checkbox"/> mijzelf <input type="checkbox"/> zorgverl.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
		Totaal		* A.u.b. aankruisen wat van toepassing is	

Aan:
Delta Lloyd Zorgverzekering NV
Postbus 29677
2502 LR Den Haag

Let op. Bij verzending linksboven op de envelop 'Declaratieformulier' vermelden.

Kijk voor dekking en voorwaarden van uw verzekering op www.deltalloyd.nl.
Zijn er kosten ten gevolge van een ongeval? Meld het ons. Delta Lloyd kan u helpen bij het verhalen van uw persoonlijke schade.

DATUM INZENDING _____

TELEFOONNUMMER OVERDAG _____ HANDTEKENING _____