

Let op:

- Dit formulier kunt u mailen naar zorg@nedasco.nl of per post indienen
- Dit declaratieformulier is tevens te downloaden op www.nedasco.nl/inkomentool
- De vergoeding van de kosten en het aantal behandelingen is gemaximeerd. Zie de verzekeringsafspraken welke maximale vergoedingsbedragen of behandelingen dit zijn.

Nedasco B.V.
 T.a.v. Ziektekostendeclaraties
 Postbus 59
 3800 AB Amersfoort

Gegevens polis

Werkgever : _____
 Polisnummer (indien bekend) : _____

Gegevens verzekerde

Naam verzekerde : _____
 Adres : _____
 Postcode en woonplaats : _____
 Telefoonnummer : _____
 E-mail adres : _____
 IBAN : _____

Informatie in te dienen nota(s)

Wij verzoeken u uitsluitend originele nota's in te zenden en deze vast te nieten aan dit declaratieformulier. Nota's worden door ons niet teruggezonden. Als u een afschrift van een nota wilt hebben, verzoeken wij u zelf een kopie te maken. Graag ontvangen wij de nota's zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen 1 jaar na factuurdatum.

Graag per nota invullen:

Nota van (arts, instelling, etc.)	Geboortedatum verzekerde	Notanummer	Notadatum	Notabedrag in euro's	Ongeval*	Buitenland**
					<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
					<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
					<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
					<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
					<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
					<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja

* Wanneer sprake is van gemaakte kosten naar aanleiding van een ongeval verzoeken wij u dit hier aan te geven.

** Wanneer de behandeling in het buitenland heeft plaatsgevonden, verzoeken wij u dit hier aan te geven.

Aanvullende opmerkingen:

Datum van inzending:

Handtekening: