

## Persoonlijke verklaring tandartskosten na een ongeval

Met dit formulier geeft u een verklaring van het ongeval dat u is overkomen en waarbij schade aan uw gebit is ontstaan. Voordat u met de behandeling kunt beginnen, hebt u een akkoordverklaring van HEMA nodig. De tandarts stuurt dit formulier samen met het behandelplan naar HEMA. Op basis van het behandelplan van uw tandarts of orthodontist en dit formulier beoordelen wij of de behandeling voor vergoeding in aanmerking komt.

Naam en voorletters \_\_\_\_\_  
Straatnaam + huisnummer \_\_\_\_\_  
Postcode + woonplaats \_\_\_\_\_  
Geboortedatum \_\_\_\_\_  
man / vrouw  M\*  V\*  
Telefoonnummer (waar u overdag te bereiken bent) \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
  
BSN nummer \_\_\_\_\_  
Verzekernummer \_\_\_\_\_  
  
Datum van het ongeval \_\_\_\_\_

Is er sprake geweest van een plotseling, onverwacht, van buiten inwerkend geweld op uw lichaam waaruit rechtstreeks schade aan uw gebit is ontstaan?  Ja  Nee\*

Geef een omschrijving van het ongeval als gevolg waarvan schade aan uw gebit is ontstaan.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Indien nodig kunt u hiervoor een aparte bijlage toevoegen.*

Wat was de status van uw gebit vóór het ongeval?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wat was de plaats van het ongeval?

Straat \_\_\_\_\_  
Plaats \_\_\_\_\_  
Land \_\_\_\_\_

Naam behandelend tandarts/orthodontist \_\_\_\_\_  
Adres + postcode \_\_\_\_\_  
Vestigingsplaats \_\_\_\_\_  
Is dit uw eigen tandarts / orthodontist  J\*  N\*

Bent u ook ergens anders verzekerd waar de schade aan uw gebit is verzekerd?  Ja  Nee\*

Is er een aansprakelijke partij betrokken bij het ongeval?  Ja  Nee\*

## Ondertekening

Met het ondertekenen van dit formulier verklaart u het formulier naar waarheid ingevuld te hebben.

Datum

Handtekening verzekerde

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wij verzoeken u deze aanvraag volledig in te vullen. Onvolledig ingevulde formulieren worden niet in behandeling genomen. Uw tandarts stuurt deze verklaring samen met het behandelplan/offerte naar:

Postadres: HEMA Zorgverzekering  
t.a.v. afdeling Machtigingen, team mondzorg  
Postbus 704  
7500 AS ENSCHEDE