

6 Uw ondertekening

Ondergetekende verklaart het formulier naar waarheid te hebben ingevuld. Ik weet dat door een onjuiste/onvolledige invulling van het formulier of verzwijging van voor de verzekering(en) van belang zijnde feiten, de declaratie ongeldig kan worden verklaard. Met de ondertekening geef ik de zorgverzekeraar toestemming om zo nodig (medische)informatie op te vragen bij mijn behandelend arts/specialist voor de vaststelling van mijn declaratie. Ik geef aan mijn behandelend arts/specialist toestemming om deze (medische) informatie rechtstreeks aan mijn zorgverzekeraar te verstrekken. Ik bewaar mijn bonnen, reisoverzichten e.d. minimaal 3 jaar voor controle van mijn declaratie.

Ondertekeningdatum - -

Handtekening

Dien dit formulier bij voorkeur in via: Mijn Zorggebruik op [interpolis.nl/inloggen](https://www.interpolis.nl/inloggen) of via de Interpolis ZorgApp.

Liever via post indienen? Interpolis Zorg
Stuur dit declaratieformulier Postbus 70001
in een envelop naar: 3000 KB Rotterdam