

Sla het formulier op voordat u begint met het invullen van dit formulier. Vergeet niet de rubriek ondertekening in te vullen onderaan dit formulier. Alleen volledig ingevulde en ondertekende formulieren kunnen we beoordelen.

1 Uw toestemming

Voor een vergoeding uit de basisverzekering heeft u onze toestemming nodig. Heeft u toestemming gekregen voor deze overnachtingskosten?

Ja. U kunt verder met het invullen van dit declaratieformulier.

Heeft u vragen als u dit formulier invult? Dan bereikt u onze klantenservice op 071 751 00 51 op werkdagen tussen 8.00 en 20.00 uur en op zaterdag tussen 9.00 en 13.00 uur.

Nee. Vraag dan eerst toestemming aan via [interpolis.nl/zorg/machtigingen](https://www.interpolis.nl/zorg/machtigingen). Of bel met onze vervoerslijn op 071 365 41 54 (werkdagen tussen 8.00 en 20.00 uur en op zaterdag tussen 9.00 en 13.00 uur).

2 Uw gegevens (als patiënt)

Voorletter(s) Tussenvoegsel Achternaam
Geboortedatum - - Man Vrouw
Postcode Huisnummer Woonplaats
Telefoonnummer Relatienummer

3 Poliklinische behandel dagen

Naam en plaats instelling	Begindatum	Einddatum
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

4 Uw overnachtingen

Naam en plaats overnachting	Begindatum	Einddatum	Aantal	Totaalbedrag
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>

Let op! Stuur de rekening van de overnachtingen mee met dit declaratieformulier.

5 Uw ondertekening

Ik verklaar dat ik de vragen op dit formulier volledig, juist en naar waarheid heb beantwoord. Ik geef Interpolis toestemming om alle inlichtingen in te winnen die voor de toekenning van vergoeding voor vervoerskosten nodig zijn. Ik geef ook toestemming aan mijn behandelend arts/specialist om deze (medische) informatie rechtstreeks aan mijn zorgverzekeraar te geven. Ik bewaar mijn bonnen, reisoverzichten en dergelijke minimaal 3 jaar voor controles van mijn declaratie. Ik weet ook dat Interpolis declaraties onderzoekt om fraude tegen te gaan.

Naar waarheid ingevuld? Ja

Naam
Datum - -

Stuur dit formulier in via: [interpolis.nl/mijnzorggebruik](https://www.interpolis.nl/mijnzorggebruik) of via de Interpolis Zorg app.

Liever via post toesturen?

Stuur dit declaratieformulier naar:
Interpolis Zorg afdeling Declaratieservice
Postbus 70001
3000 KB Rotterdam

Wij verwerken uw persoonlijke gegevens in overeenstemming met het privacystatement www.interpolis.nl/privacy-statement van Interpolis Zorg. Hierin leest u hoe wij omgaan met uw persoonsgegevens en welke rechten u heeft.

Interpolis Zorg is de handelsnaam van Interpolis Zorgverzekeringen N.V. (gevestigd te Utrecht, KvK 30208634 - verzekeraar van de basisverzekering) en Achmea Zorgverzekeringen N.V. (gevestigd te Zeist, KvK 28080300 - verzekeraar van de aanvullende verzekeringen) Geregistreerd bij de AFM onder nummer 12000647.