

Vul het formulier online in. Liever het formulier eerst printen? Vul dan dit formulier helemaal in met zwarte pen in blokletters. Heeft u vragen als u dit formulier invult? Dan bereikt u onze klantenservice op (071) 751 00 51 van 08.00 tot 20.00 uur en op zaterdag van 08.00 tot 13.00 uur.

Tegemoetkomingskosten voor thuisbeademing worden per 01-01-2019 vergoed.
Declareer uw tegemoetkomingskosten voor thuisbeademing na elk kwartaal.

1 Uw gegevens (als patient)

Voorletter(s) Tussenvoegsel Achternaam

Geboortedatum - - Man Vrouw

Straatnaam Huisnr. Toevoeging

Postcode Woonplaats Land

Telefoon privé Telefoon mobiel

Relatienummer E-mailadres

2 Uw behandeling

Naam ziekenhuis Postcode+huisnr.

Let op! Vul per kwartaal een nieuw formulier in.

Welk kwartaal declareert u? 1e kwartaal (1 januari t/m 31 maart) 2019 2020
 2e kwartaal (1 april t/m 30 juni) 2019 2020
 3e kwartaal (1 juli t/m 30 september) 2019 2020
 4e kwartaal (1 oktober t/m 31 december) 2019 2020

Welke vorm van thuisbeademing heeft u? Vanaf welke datum krijgt u thuisbeademing?

Gemiddeld gebruik (tot 16 uur per dag) - -

Intensief gebruik (17 uur tot 24 uur per dag)

Heeft u in het opgegeven kwartaal langer dan 1 dag achtereen in het ziekenhuis gelegen?

Ja Nee

In welke periode heeft u in het ziekenhuis gelegen?

- - t/m - -

Toelichting

3 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.

Datum - -

Handtekening

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

Liever via post indienen? Interpolis Zorg t.a.v. afdeling Declaratieservice
Stuur dit declaratieformulier Postbus 70001
in een envelop naar: 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.