

Sla het formulier op voordat u begint met het invullen van dit formulier. Vergeet niet de ondertekening in te vullen op deze pagina. Alleen volledig ingevulde en ondertekende formulieren nemen we in behandeling.

1 Uw verklaring

Heeft u een verklaring gekregen voor deze behandeling van uw behandelend specialist?

- Ja.** Stuur deze verklaring mee met dit declaratieformulier. U kunt verder met het invullen van dit declaratieformulier.
- Nee.** Vraag dan eerst uw verklaring op bij uw behandelend specialist. Stuur deze verklaring mee met dit declaratieformulier.

2 Uw gegevens (als patiënt)

Voorletter(s) Tussenvoegsel Achternaam

Geboortedatum - - Man Vrouw

Postcode Huisnummer Woonplaats

Telefoonnummer Relatienummer

3 Gegevens ziekenhuis

Naam ziekenhuis

Postcode Huisnummer Woonplaats

Opnamedatum - -

4 Uw overnachtingen

Naam en plaats verblijf	Begindatum	Einddatum	Nachten	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"/>	<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

Naar waarheid ingevuld? Ja

Naam

Datum - -

Heeft u vragen als u dit formulier invult? Onze medewerkers staan voor u klaar. Ze helpen u graag. Bel onze Interpolis Zorglijn op 013 462 20 25. Op werkdagen tussen 8.00 en 20.00 uur en op zaterdag tussen 9.00 en 13.00 uur.

Stuur dit formulier in via: 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.