



Declaratieformulier bezoek- en verblijfkosten voor alle bezoekers

Vul dit formulier helemaal in met zwarte pen in blokletters. Bezoekt uw gezinslid u in het ziekenhuis? En heeft hij of zij daarbij kosten gemaakt voor bezoek of verblijf? Vul dan dit formulier in.

Heeft u vragen als u dit formulier invult? Dan bereikt u onze Service Desk op 088 - 35 35 763 van 08.30 tot 17.30 uur.

1. Uw gegevens (als patient)

Naam _____

Postcode _____ Huisnummer _____

Woonplaats _____ Telefoon _____

Relatienummer _____ Geboortedatum _____

E-mailadres _____

2. Uw bezoeker

Naam _____

Geboortedatum _____

Wie is uw bezoeker? Ouder/kind Broer/zus Partner Anders, namelijk _____

3. Uw opname

Let op! Vul deze velden in per aaneengesloten opname op één locatie.

Eerste dag opname _____ Laatste dag opname _____

Naam ziekenhuis _____ Postcode+huisnr. _____

4 Vervoer van uw bezoek

Datum bezoek	Postcode vertrek	Taxivervoer of eigen vervoer <i>Vul hier het aantal KM's per dag in</i>	of	Openbaar vervoer <i>Kruis aan wanneer u met het openbaar vervoer heeft gereisd</i>
____-____-____	____-____-____	____		
____-____-____	____-____-____	____		
____-____-____	____-____-____	____		
____-____-____	____-____-____	____		
____-____-____	____-____-____	____		
____-____-____	____-____-____	____		
____-____-____	____-____-____	____		
____-____-____	____-____-____	____		
____-____-____	____-____-____	____		
____-____-____	____-____-____	____		

5. Overnachting van uw bezoek

Naam en plaats overnachting	Begindatum	Einddatum	Aantal overnachtingen	Totaal bedrag
_____	____-____-____	____-____-____	____	____
_____	____-____-____	____-____-____	____	____

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 ondertekening geef ik toestemming om zo nodig gegevens op te vragen bij mijn behandelend arts/specialist voor de vaststelling van uw declaratie. Ik bewaar mijn bonnen, reisoverzichten e.d. minimaal 3 jaar, ter inzage voor controle van mijn declaratie.

Ondertekeningsdatum _____ Handtekening _____

Dien dit formulier bij voorkeur in via 'Mijn BGZC'.

Liever via post indienen? Stuur dit declaratieformulier in een envelop naar:

Aevitae t.a.v. Afdeling Zorgservices
Postbus 2705, 6401 DE Heerlen