Declaratieformulier bezoek- en verblijfkosten voor alle bezoekers

DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR

Bezocht u uw gezinslid in het ziekenhuis? En heeft u daarbij kosten gemaakt voor bezoek of verblijf?
Vul het formulier online in. Liever het formulier eerst printen? Vul dan dit formulier helemaal in met zwarte pen in blokletters.

1 Uw gegevens

Naam

Postcode | Huisnummer

Woonplaats | Telefoon

Relatienummer | Geboortedatum (dd-mm-jjjj)

E-mailadres

2 Bij wie bent u op bezoek geweest?

Naam

Relatienummer | Geboortedatum (dd-mm-jjjj)

Wie heeft u bezocht? ☐ Ouder/kind ☐ Broer/zus ☐ Partner ☐ Anders, namelijk

3 Opname gezinslid

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

Eerste dag opname (dd-mm-jjjj) | Laatste dag opname (dd-mm-jjjj)

Naam ziekenhuis | Postcode+huisnr.

4 Wanneer heeft u gereisd?

Datum bezoek (dd-mm-jjjj)	Postcode vertrek (van bezoeker)	Taxivervoer of eigen vervoer Vul hier het aantal km's per dag in	of	Openbaar vervoer Kruis aan wanneer u met het openbaar vervoer hebt gereisd	Retour
				☐	☐ Ja ☐ Nee
				☐	☐ Ja ☐ Nee
				☐	☐ Ja ☐ Nee
				☐	☐ Ja ☐ Nee
				☐	☐ Ja ☐ Nee
				☐	☐ Ja ☐ Nee
				☐	☐ Ja ☐ Nee
				☐	☐ Ja ☐ Nee
				☐	☐ Ja ☐ Nee
				☐	☐ Ja ☐ Nee

5 Overnachting

Naam en plaats overnachting	Begindatum (dd-mm-jjjj)	Einddatum (dd-mm-jjjj)	Aantal overnachtingen	Totaalbedrag
				,
				,

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.

Ondertekeningsdatum (dd-mm-jjjj) | Handtekening

Declareer via mijn.defriesland.nl. Of print dit formulier uit en stuur het op naar:
De Friesland Zorgverzekeraar, postbus 270, 8901 BB Leeuwarden