

# Declaratieformulier bezoek- en verblijfkosten voor alle bezoekers



Vul dit formulier helemaal in met zwarte pen in blokletters. Bezocht uw gezinslid u in het ziekenhuis? En heeft hij of zij daarbij kosten gemaakt voor bezoek of verblijf? Vul dan dit formulier. Heeft u vragen als u dit formulier invult? Dan bereikt u onze klantenservice op (071) 751 00 22 van 08.00 tot 18.00 uur.

## 1 Uw gegevens (als patient)

Naam				
Postcode	<input type="text"/>	Huisnummer	<input type="text"/>	
Woonplaats	<input type="text"/>	Telefoon	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Relatienummer	<input type="text"/>	Geboortedatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mailadres	<input type="text"/>			

## 2 Uw bezoeker

Naam	<input type="text"/>			
Geboortedatum	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wie is uw bezoeker	<input type="checkbox"/> Ouder/kind	<input type="checkbox"/> Broer/zus	<input type="checkbox"/> Partner	<input type="checkbox"/> Anders, namelijk <input type="text"/>

## 3 Uw opname

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

Eerste dag opname	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	Laatste dag opname	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
Naam ziekenhuis	<input type="text"/>				Postcode+huisnr.	<input type="text"/>					

## 4 Vervoer van uw bezoek

Datum bezoek	Postcode vertrek	Taxivervoer of eigen vervoer Vul hier het aantal KM's per dag	of Kruis aan wanneer u met het openbaar vervoer hebt gereisd
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

## 5 Overnachting van uw bezoek

Naam en plaats overnachting	Begindatum	Einddatum	Aantal overnachtingen	Totaal bedrag
<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"/>

## 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.

Ondertekeningdatum	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	Handtekening	<input type="text"/>
--------------------	----------------------	---	----------------------	---	----------------------	--------------	----------------------

Dien dit formulier bij voorkeur in via: [zorggebruik.averoachmea.nl](https://zorggebruik.averoachmea.nl)

Liever via post indienen? Avéro Achmea t.a.v. Afdeling Declaratieservice  
Stuur dit declaratieformulier Postbus 59005  
in een envelop naar: 1040 KA Amsterdam