

Declaratieformulier

Bezoek- en/of verblijfskosten 2009

ZORGVERZEKERAAR



1 Ondergetekende

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

2 Opgenomen verzekerde

Naam	<input type="text"/>
Adres	<input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>
Woonplaats	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>
Relatienummer	<input type="text"/>

3 Relatie tot opgenomen verzekerde

Ouder Kind Partner Broer Zus Anders, namelijk

4 Manier van reizen

Eigen auto Bus* Trein* (* trein- en/of strippenkaart bijvoegen)

5 Indienen declaratie

Vul op de achterzijde van dit formulier de gegevens in. Voeg tevens een bevestiging van het ziekenhuis van de opname- en ontslagdata bij. Voor vragen kunt u contact opnemen met onze afdeling Klantenservice: 074 - 789 0 789 (op werkdagen van 8.00 tot 17.00 uur bereikbaar).

6 Vergoedingsregeling (zie ook onze polisvoorwaarden aanvullende verzekeringen)

Bezoekkosten: vanuit aanvullende verzekeringen AV Royaal of AV Top vergoeden wij maximaal drie bezoeken per kalenderweek aan een tot het gezin behorende OZF-verzekerde die is opgenomen in een ziekenhuis in Nederland. De eerste 80 kilometer per bezoek zijn voor eigen rekening. De vergoeding per kilometer is € 0,28, ongeacht de wijze van vervoer.

Verblijfskosten: vanuit aanvullende verzekering AV Compact, AV Royaal of AV Top vergoeden wij:

- Bij meer dan 14 verblijfsdagen per kalenderjaar, met ingang van de 15e verblijfsdag, de overnachtingskosten van uw gezinsleden in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen Ronald McDonald Huis of ander gasthuis. De afstand van uw huis tot het in Nederland gelegen ziekenhuis is minimaal 50 kilometer. De vergoeding is maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden tezamen.
- De overnachtingskosten in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen Ronald McDonald Huis of ander gasthuis wanneer u een poliklinische behandelcyclus ondergaat. De vergoeding is maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden tezamen.

Voor zowel de bezoek- als de verblijfskosten geldt dat uw gezinsleden eveneens bij ons aanvullend verzekerd dienen te zijn.

7 Ondertekening

Ondergetekende verklaart het formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

Datum

Handtekening

8 In te vullen gegevens bij bezoekkosten

(Wij berekenen het aantal kilometers via de vertrek- en aankomstpostcode op basis van de optimale route volgens Routenet).

Ziekenhuis	:	_____	Plaats	:	_____
Opnamedatum	:	__ - __ - ____	Ontslagdatum	:	__ - __ - ____
Bezoekdata	:	__ - __ - ____			__ - __ - ____
		__ - __ - ____			__ - __ - ____
		__ - __ - ____			__ - __ - ____
		__ - __ - ____			__ - __ - ____
		__ - __ - ____			__ - __ - ____
		__ - __ - ____			__ - __ - ____
		__ - __ - ____			__ - __ - ____
		__ - __ - ____			__ - __ - ____

Ziekenhuis	:	_____	Plaats	:	_____
Opnamedatum	:	__ - __ - ____	Ontslagdatum	:	__ - __ - ____
Bezoekdata	:	__ - __ - ____			__ - __ - ____
		__ - __ - ____			__ - __ - ____
		__ - __ - ____			__ - __ - ____
		__ - __ - ____			__ - __ - ____
		__ - __ - ____			__ - __ - ____
		__ - __ - ____			__ - __ - ____
		__ - __ - ____			__ - __ - ____
		__ - __ - ____			__ - __ - ____

Ziekenhuis	:	_____	Plaats	:	_____
Opnamedatum	:	__ - __ - ____	Ontslagdatum	:	__ - __ - ____
Bezoekdata	:	__ - __ - ____			__ - __ - ____
		__ - __ - ____			__ - __ - ____
		__ - __ - ____			__ - __ - ____
		__ - __ - ____			__ - __ - ____
		__ - __ - ____			__ - __ - ____
		__ - __ - ____			__ - __ - ____
		__ - __ - ____			__ - __ - ____
		__ - __ - ____			__ - __ - ____

9 In te vullen gegevens bij verblijfskosten

Verblijfsplaats Ronald McDonald Huis of naam gasthuis en plaats (originele nota's bijvoegen):

Bedrag nota: € _____	Periode van: __ - __ - ____ tot __ - __ - ____
Bedrag nota: € _____	Periode van: __ - __ - ____ tot __ - __ - ____
Bedrag nota: € _____	Periode van: __ - __ - ____ tot __ - __ - ____
Bedrag nota: € _____	Periode van: __ - __ - ____ tot __ - __ - ____

Stuur het volledig ingevulde en ondertekende formulier (met bijlagen) op naar:
OZF Achmea, t.a.v. Declaratieservice, Postbus 94, 7550 AB Hengelo
Vergeet u niet om kopieën te maken t.b.v. uw eigen administratie?