



Declaratieformulier overnachtingskosten bij poliklinische behandelcyclus

Sla het formulier op voordat u begint met het invullen van dit formulier. Vergeet niet de rubriek ondertekening in te vullen onderaan dit formulier. Alleen volledig ingevulde en ondertekende formulieren kunnen we beoordelen.

1 Uw gegevens (als patiënt)

Voorletter(s) Tussenvoegsel Achternaam
Geboortedatum (DD/MM/JJJJ)
Postcode Huisnummer Woonplaats
Telefoonnummer (10 cijfers) Relatienummer (9 cijfers)

2 Poliklinische behandeldagen

Naam en plaats instelling Begindatum Einddatum

3 Uw overnachtingen

Naam en plaats instelling Begindatum Einddatum Aantal Totaalbedrag

4 Uw ondertekening

Ik verklaar dat ik de vragen op dit formulier helemaal en goed heb ingevuld. Ik bewaar mijn bonnen en reisoverzichten minimaal 3 jaar voor controle van mijn rekeningen. Ik weet ook dat De christelijke zorgverzekeraar rekeningen onderzoekt om fraude tegen te gaan.

Naar waarheid ingevuld? Ja
Naam Datum ondertekening (DD/MM/JJJJ)

Heeft u vragen als u dit formulier invult? Onze medewerkers staan voor u klaar. Ze helpen u graag.
Bel onze Klantenservice: 071 308 38 88. We zijn er van maandag tot en met vrijdag van 8.30 tot 17.30 uur.

Stuur dit formulier en de rekening van de overnachting(en) in via: dechristelijkezorgverzekeraar.nl/declareren

Liever via post toesturen?

Stuur dit declaratieformulier naar:
De christelijke zorgverzekeraar
afdeling Declaratieservice
Postbus 70001
3000 KB Rotterdam

Wij verwerken uw persoonlijke gegevens volgens het privacystatement (dechristelijkezorgverzekeraar.nl/privacy) van De christelijke zorgverzekeraar. Hierin leest u hoe wij omgaan met uw persoonsgegevens en welke rechten u heeft.