

Declaratieformulier stroomkosten bij thuisbeademing

Wilt u onkostenvergoeding aanvragen?

Vul de gegevens in, sla dit formulier op en upload het in mijn zorgoverzicht of in de app.

1. Gegevens verzekerde

Voorletters en achternaam

Straat en huisnummer

Postcode en woonplaats

Geboortedatum - -

Verzekerdnummer

Telefoonnummer

E-mailadres

2. Te declareren periode

U kunt hier de maanden aangeven waarvoor u de tegemoetkoming stroomkosten mechanische beademing aanvraagt. Hierbij is het van belang dat u het aantal uren, gebruik van de mechanische thuisbeademing, per dag aangeeft.*

Maand	Jaartal	Aantal dagen	Uren per dag	Maand	Jaartal	Aantal dagen	Uren per dag
januari				juli			
februari				augustus			
maart				september			
april				oktober			
mei				november			
juni				december			

Wij verzoeken u per kwartaal, per half jaar of per jaar te declareren.

3. Opname

Bent u in deze periode opgenomen geweest? *

geen opname wel een opname in de periode

Van (opname datum)	Tot en met (ontslagdatum)
1e periode - -	- -
2e periode - -	- -
3e periode - -	- -

Ondergetekende verklaart het formulier naar waarheid te hebben ingevuld. Ik weet dat door onjuiste/onvolledige invulling van het formulier of verzwijging van voor de verzekering van belang zijnde feiten, de declaratie ongeldig kan worden verklaard.

Met ondertekening geef ik Hema Zorgverzekering toestemming om zo nodig medische informatie op te vragen bij mijn behandelaar voor de vaststelling van mijn declaratie. Ik geef mijn behandelaar toestemming om deze informatie rechtstreeks aan Hema Zorgverzekering te verstrekken.

Bovenstaande gegevens zijn naar waarheid ingevuld d.d.

Mijn handtekening

- -

* aankruisen wat van toepassing is