



## Declaratieformulier Ziektekosten

 Met dit formulier kunt u in Nederland gemaakte zorgkosten bij ons declareren. Om voor vergoeding in aanmerking te komen dienen de originele nota's bijgevoegd te zijn. Maakt u een kopie van de nota voor uw administratie? Wij sturen de nota niet retour.

 Zijn de kosten gemaakt naar aanleiding van een ongeval met tegenpartij? Geef dit aan middels de kolom ongeval. Wij helpen u in dit geval om schade te verhalen indien mogelijk.

 Zijn de zorgkosten buiten Nederland gemaakt? Dan vragen wij u vriendelijk om het Declaratieformulier Ziektekosten Buitenland te gebruiken hiervoor. Ook voor PGB en vervoer zijn aparte declaratieformulieren te vinden op onze website [www.aevitae.com](http://www.aevitae.com).

 U kunt de declaratie sturen naar: Aevitae, Postbus 2705, 6401 DE Heerlen. Online declareren? Dat kan eenvoudig via 'MijnAevitae'.

### 1 Gegevens verzekerde:

1.1 Naam en voorletters: \_\_\_\_\_  man  vrouw

1.2 Geboortedatum: \_\_\_\_\_

1.3 Polisnummer: \_\_\_\_\_

### 2 Gegevens zorgnota

Zorgverlener (arts, instelling, etc.)	Voorletter	Geboortedatum	Bedrag nota	Vergoeding betalen aan:	Ongeval:
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Mijzelf <input type="radio"/> Derden	<input type="radio"/> Ja
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Mijzelf <input type="radio"/> Derden	<input type="radio"/> Ja
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Mijzelf <input type="radio"/> Derden	<input type="radio"/> Ja
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Mijzelf <input type="radio"/> Derden	<input type="radio"/> Ja
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Mijzelf <input type="radio"/> Derden	<input type="radio"/> Ja
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Mijzelf <input type="radio"/> Derden	<input type="radio"/> Ja
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Mijzelf <input type="radio"/> Derden	<input type="radio"/> Ja
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> Mijzelf <input type="radio"/> Derden	<input type="radio"/> Ja
			Totaalbedrag: _____		

### 3 Opmerkingen

#### Ondertekening verzekeringnemer

Ik verklaar dat ik de vragen naar waarheid heb ingevuld en kennis heb genomen van de voorwaarden. Ik weet dat een onjuiste/onvolledige invulling van dit formulier of verzwijging van voor de verzekering(en) van belang zijnde feiten ertoe kan leiden dat het recht op uitkering wordt beperkt of zelfs vervalt. Indien ik met opzet tot misleiden van Aevitae heb gehandeld, heeft Aevitae het recht de verzekering op te zeggen.

Handtekening verzekeringnemer: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Plaats: \_\_\_\_\_

