

## Declaratieformulier reiskosten ziekenhuisbezoek opgenomen gezinslid

### Opgenomen verzekerde

Voorletter(s) en achternaam   M\*  V\*

Geboortedatum  Verzekerdennummer

Straatnaam en huisnummer

Postcode en woonplaats

Telefoon (overdag)

Opgenomen in ziekenhuis

In (plaatsnaam)

Opnameperiode van  t/m

Aantal bezoeken  Aantal km's  heen en terug per rit

Opgenomen in ziekenhuis

In (plaatsnaam)

Opnameperiode van  t/m

Aantal bezoeken  Aantal km's  heen en terug per rit

Opgenomen in ziekenhuis

In (plaatsnaam)

Opnameperiode van  t/m

Aantal bezoeken  Aantal km's  heen en terug per rit

Onder welk verzekerdennummer is bezoekend gezinslid/samenwonende partner bij Hema Zorgverzekering verzekerd?

Verzekerdennummer

Straatnaam en huisnummer

Postcode en woonplaats

Informatie over de vergoeding kunt u terugvinden in de polisvoorwaarden (tot 500 km per kalenderjaar is er geen vergoeding).

Je mag het ingevulde formulier ook digitaal naar ons sturen met onze [Zorg app](#) of op [Mijn zorgoverzicht](#).

Dit declaratieformulier kunt u opsturen naar:

HEMA Zorgverzekering  
Postbus 704  
7500 AS ENSCHEDE

### Ondertekening

Datum

\* Aankruisen wat van toepassing is