

**Declaratieformulier reiskosten
ziekenhuisbezoek opgenomen gezinslid**

Opgenomen verzekerde

Voorletters en achternaam M* V*
Geboortedatum Verzekerdnummer
Straat en huisnummer
Postcode en woonplaats
Telefoon (overdag)

Opgenomen in ziekenhuis
In (plaatsnaam)
Opname periode van t/m
Aantal bezoeken Aantal km's heen en terug per rit

Opgenomen in ziekenhuis
In (plaatsnaam)
Opname periode van t/m
Aantal bezoeken Aantal km's heen en terug per rit

Opgenomen in ziekenhuis
In (plaatsnaam)
Opname periode van t/m
Aantal bezoeken Aantal km's heen en terug per rit

Onder welk verzekerdnummer is bezookend gezinslid/samenwonende partner bij Menzis verzekerd?

Verzekerdnummer
Straat en huisnummer
Postcode en woonplaats

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

Dit declaratieformulier kunt u opsturen naar:

Menzis
t.a.v. afdeling Verzekerdennota's
Postbus 75000
7500 KC Enschede

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

Ondertekening

Datum

Handtekening

* aankruisen wat van toepassing is