



AUB volledig invullen met blauwe of zwarte pen

1 Ondergetekende

Naam

Adres

Postcode

Woonplaats

Telefoonnummer

Relatienummer

2 Verzoek om vergoeding van gemaakte kosten

De kosten werden gemaakt voor (opgenomen verzekerde):

Naam verzekerde

Geboortedatum

Relatienummer

De kosten werden gemaakt door:

Naam

Geboortedatum

Adres

Postcode

Woonplaats

3 Relatie tot de opgenomen verzekerde

ouder kind partner broer zus overig, namelijk:

4 Manier van reizen

eigen auto bus* trein* overig openbaar vervoer* (*Vervoersbewijzen bijvoegen)

5 Vergoedingsregeling, vergoeding vanuit de Beter Af Plus Polis met 2, 3 of 4 sterren (zie voor aanvullingen de polisvoorwaarden)

Wanneer u wordt opgenomen in een ziekenhuis** dat verder dan 50 kilometer van uw huis af ligt, vergoeden wij:

- de kosten van openbaar vervoer (2^e klas) of vervoer per eigen auto (maximaal € 0,27 per kilometer) die uw gezinsleden*** maken om van en naar het ziekenhuis te reizen om u te bezoeken. De kosten worden vergoed bij meer dan 14 verblijfdagen (geen dagopname) per kalenderjaar van de opgenomen verzekerde, met ingang van de 15^e verblijfdag;
- de kosten van overnachting van uw gezinsleden*** in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen Ronald McDonald huis of een ander gasthuis. Deze kosten worden vergoed bij meer dan 14 verblijfdagen (geen dagopname) per kalenderjaar van de opgenomen verzekerde, met ingang van de 15^e verblijfdag;
- de bovenstaande bezoek- en verblijfkosten samen tot een maximum van € 35,- per dag voor alle gezinsleden*** tezamen. Vanuit de Beter Af Plus Polis met 2 of 3 sterren is deze vergoeding mogelijk tot maximaal € 500,- per kalenderjaar.

Wanneer u een poliklinische behandelcyclus ondergaat vergoeden wij:

- De kosten van een overnachting in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen gasthuis. Deze kosten worden vergoed tot een maximum van € 35,- per dag. Er is geen vergoeding mogelijk voor overige kosten zoals maaltijden, parkeerkosten enz.

** Deze vergoeding wordt niet gegeven bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis.

*** Onder gezinsleden worden verstaan: gehuwde of duurzaam samenwonende personen en de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- of adoptiekinderen tot 30 jaar, waarvoor aanspraak bestaat op kinderbijslag, op uitkering uit hoofde van de Wet studiefinanciering 2000/Wet tegemoetkoming studiekosten of op buitengewone lastenaf trek ingevolge de belastingwetgeving.

6 Algemene vragen

Voor vragen over de regeling vervoer kunt u contact opnemen met de afdeling Klantenservice: 0900 – 9674 (€ 0,05 p/m).

7 Indienen declaratie

Vergoeding is mogelijk vanaf de 15^e verblijfdag. Vul hieronder, vanaf de eerste opnamedag, de volledige opname- en ontslagdata in. Vul op de achterkant de data van het bezoek en/of verblijf in en voeg een bevestiging van het ziekenhuis van deze opname- en ontslagdata toe.

Datum opname

Datum ontslag

Naam ziekenhuis + plaats

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>

<input type="text"/>
<input type="text"/>

8 Ondertekening

Ondergetekende verklaart het formulier naar waarheid te hebben ingevuld. Ik weet dat door een onjuiste/onvolledige invulling van het formulier of verzwijging van voor de verzekering(en) van belang zijnde feiten, de declaratie ongeldig kan worden verklaard. Met ondertekening geef ik toestemming om zo nodig gegevens op te vragen bij mijn behandelend arts/specialist voor de vaststelling van uw declaratie.

Datum

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
----------------------	---	----------------------	---	----------------------

Handtekening

<input type="text"/>

Stuur het volledig ingevulde en ondertekende formulier met de bijlagen op naar Zilveren Kruis Achmea, t.a.v. declaratieservice, Postbus 70001, 3000 KB ROTTERDAM.

