

Sla het formulier op voordat u begint met het invullen van het formulier. Vergeet niet uw handtekening op het formulier te zetten op de tweede pagina. Alleen volledig ingevulde én ondertekende formulieren nemen we in behandeling.

1 Uw toestemming

Heeft u toestemming gekregen voor deze reiskosten?

Ja. U kunt verder met het invullen van dit declaratieformulier.

Heeft u vragen als u dit formulier invult? Dan bereikt u onze Interpolis Zorglijn op 013 462 20 25 op werkdagen tussen 8.00 en 20.00 uur en op zaterdag tussen 9.00 en 13.00 uur.

Nee. Declareer deze kosten nog niet. Vraag eerst toestemming aan via interpolis.nl/zorg/machtigingen of bel met onze vervoerslijn op 071 365 41 54 (werkdagen tussen 8.00 en 20.00 uur en op zaterdag tussen 9.00 en 13.00 uur).

2 Uw gegevens (als patient)

Voorletter(s) Tussenvoegsel Achternaam
 Geboortedatum - - Man Vrouw
 Postcode Huisnummer Woonplaats
 Telefoonnummer Relatienummer

3a Uw reisgegevens

Vul alle velden in! Ritten die nog niet gemaakt zijn, verwerken wij niet. Gebruik per bestemming en per kalenderjaar een nieuw formulier.

In welk jaar zijn de kosten gemaakt? Naam instelling
 Vertrekadres Adres bestemming
 Postcode Huisnr. Postcode Huisnr.
 Plaats Plaats

Vanuit welke categorie heeft u een machtiging?

Ik reis voor radio-, immuun- of chemotherapie
 Ik heb een visuele beperking
 Ik reis voor geriatrische revalidatiezorg
 Ik heb een machtiging vanuit de hardheidsclausule
 Ik reis als donor (gever)
 Ik reis voor intensieve kindzorg (U heeft hiervoor geen toestemming nodig, stuurt u de IKZ-indicatie mee)

Ik reis voor nierdialyse
 Ik ben rolstoelafhankelijk
 Ik reis als donor (gever)

3b U geeft de gereden rit(ten) aan die u nu wilt declareren. Dit geldt niet voor toekomstige ritten.

Reist u meer dan 1 keer per dag heen en weer en heeft u hiervoor toestemming? Vul dan de datum twee keer in op het formulier en kruis het vakje retourrit aan.

Nr.	Datum van rit (DD-MM-JJJJ)	Soort behandeling	Opname / Ontslag	Weekendverlof	Retourrit
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
14	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
15	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

