Declaratieformulier eigen vervoer - reiskosten van zieken

Vul dit formulier helemaal in met zwarte pen in blokletters. Met dit formulier vraagt u de vervoerskosten van en naar uw zorgverlener terug. Heeft u vragen als u dit formulier invult? Heeft u vragen als u dit formulier invult? Dan bereikt u onze klantenservice op 013 462 20 25.

1 Uw toestemming

Heeft u toestemming aangevraagd voor deze reiskosten?

- ☐ Ja. U kunt verder met het invullen van dit declaratieformulier.
- ☐ Nee. Declareer deze kosten nog niet. Vraag eerst toestemming aan. Bel met onze vervoerslijn op (071) 365 41 54 van 08:00 tot 18:00 uur

2 Uw gegevens (als patiënt)

Naam

Postcode | Huisnummer

Woonplaats | Telefoon

Relatienummer | Geboortedatum (- -)

E-mailadres

3a U vertelt hoe u reisde

Vul alle velden in! Onvolledige formulieren en ritten die nog niet gemaakt zijn, verwerken wij niet.

Voor welk jaar declareert u?

Vertrekadres | Naam instelling

Postcode + huisnr. | Postcode + huisnr.

Vanuit welke categorie heeft u een machtiging?

- ☐ Ik reis voor radio-, immuun- of chemotherapie
- ☐ Ik reis voor nierdialyse
- ☐ Ik heb een visuele beperking
- ☐ Ik ben rolstoelafhankelijk
- ☐ Ik reis voor intensieve kindzorg *(U heeft hiervoor geen toestemming nodig, stuurt u de IKZ-indicatie mee)*
- ☐ Ik heb een machtiging vanuit de hardheidsclausule
- ☐ Ik reis als donor gever
- ☐ Anders, ik heb een machtiging vanuit de aanvullende verzekering.

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

Datum eerste gemaakte rit: (- -)

Datum laatste gemaakte rit: (- -)

Let op! *Heen- en terugrit is aantal 1. Enkele rit is aantal 0,5.*

Totaal heen- en terugritten per maand												
	Januari	,	April	,	Juli	,	Oktober	,
	Februari	,	Mei	,	Augustus	,	November	,
	Maart	,	Juni	,	September	,	December	,

Totaal aantal heen-en terugritten ,

Aantal KM van 1 heen- en terugrit: ***Let op!*** *Vul hier hele kilometers in.*

Heeft u nog boot-tunnel of tol kosten gemaakt? ☐ Nee ☐ Ja, totaalbedrag van deze kosten: ,

Parkeerkosten of overige kosten betalen wij niet.

4 Uw 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 de ondertekening geef ik de zorgverzekeraar toestemming om zo nodig (medische)informatie op te vragen bij mijn behandelend arts/specialist voor de vaststelling van mijn declaratie. Ik geef aan mijn behandelend arts/specialist toestemming om deze (medische) informatie rechtstreeks aan mijn zorgverzekeraar te verstrekken. Ik bewaar mijn bonnen, reisoverzichten e.d. minimaal 3 jaar voor controle van mijn declaratie.

Ondertekeningsdatum (- -) Handtekening

Dien dit formulier bij voorkeur in via Mijn Zorggebruik op **interpolis.nl/inloggen**

Liever via post indienen?
Stuur dit declaratieformulier in een envelop naar:

Interpolis Zorg
Postbus 70001
3000 KB Rotterdam