

Sla het formulier op voordat u begint met het invullen van het formulier. Vergeet niet de rubriek ondertekening in te vullen op deze pagina. Alleen volledig ingevulde én ondertekende formulieren kunnen we beoordelen.

Reist u zelf voor een behandeling of consult? **Ja**, ga verder met invullen bij rubriek 1.

Gaat u op bezoek bij iemand die is opgenomen in het ziekenhuis? **Ja**, ga verder met invullen bij rubriek 2.

1 Uw toestemming

Heeft u toestemming van ons gekregen voor de bijbehorende reiskosten die u heeft gemaakt?

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

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 patiënt)

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

3a Uw reisgegevens

Vul alle velden in! Van ritten die nog niet gemaakt zijn, kunt u nog niet het geld terugvragen. En gebruik per bestemming en per kalenderjaar een apart formulier.

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

3b Vul hieronder de begin- en einddatum van de periode en het bedrag in, voor uw gemaakte boot- of tunnelkosten

Begindatum	Einddatum	Aantal	Totaalbedrag
<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"/>	<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"/>

Wij berekenen op basis van de postcode van uw vertrekadres en uw bestemming het bedrag.

4 Uw ondertekening

Ik verklaar dat ik de vragen op dit formulier volledig, juist en naar waarheid heb beantwoord. Ik geef Interpolis toestemming om alle inlichtingen in te winnen die voor de toekenning van vergoeding voor vervoerskosten nodig zijn. Ik geef ook toestemming aan mijn behandelend arts/specialist om deze (medische) informatie rechtstreeks aan mijn zorgverzekeraar te geven. Ik bewaar mijn bonnen, reisoverzichten en dergelijke minimaal 3 jaar voor controles van mijn declaratie. Ik weet ook dat Interpolis declaraties onderzoekt om fraude tegen te gaan.

Naar waarheid ingevuld? **Ja**

Naam
 Datum - -

Heeft u vragen als u dit formulier invult? Onze medewerkers staan voor u klaar. Ze helpen u graag. Bel 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.

Stuur dit formulier in via: interpolis.nl/mijnzorggebruik of via de Interpolis Zorg app.

Liever via post toesturen?

Stuur dit declaratieformulier naar: Interpolis Zorg afdeling Declaratieservice
 Postbus 7001
 3000 KB Rotterdam

Wij verwerken uw persoonlijke gegevens in overeenstemming met het privacystatement www.interpolis.nl/privacy-statement van Interpolis Zorg. Hierin leest u hoe wij omgaan met uw persoonsgegevens en welke rechten u heeft.

Interpolis Zorg is de handelsnaam van Interpolis Zorgverzekeringen N.V. (gevestigd te Utrecht, KvK 30208634 - verzekeraar van de basisverzekering) en Achmea Zorgverzekeringen N.V. (gevestigd te Zeist, KvK 28080300 - verzekeraar van de aanvullende verzekeringen) Geregistreerd bij de AFM onder nummer 12000647.