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? Dan bereikt u onze klantenservice op (071) 751 00 22 van 08.00 tot 18.00 uur.

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- 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
- ☐ Anders, ik heb een machtiging vanuit de aanvullende verzekering.

3b U geeft de gereden rit(ten) aan

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 ritten ,

Aantal KM's per 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 ondertekening geef ik toestemming om zo nodig gegevens op te vragen bij mijn behandelend arts/specialist voor de vaststelling van uw declaratie. Ik bewaar mijn bonnen, reisoverzichten e.d. minimaal 3 jaar, ter inzage voor controle van mijn declaratie.

Ondertekeningsdatum - - Handtekening

Dien dit formulier bij voorkeur in via: zorggebruik.averoachmea.nl

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

Avéro Achmea t.a.v. Afdeling Declaratieservice
Postbus 59005
1040 KA Amsterdam