

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 alle reiskosten? Ja. U kunt verder met het invullen van dit declaratieformulier.
 Nee. 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	<input type="text"/>	April	<input type="text"/>	Juli	<input type="text"/>	Oktober	<input type="text"/>
	Februari	<input type="text"/>	Mei	<input type="text"/>	Augustus	<input type="text"/>	November	<input type="text"/>
	Maart	<input type="text"/>	Juni	<input type="text"/>	September	<input type="text"/>	December	<input type="text"/>

Totaal aantal ritten

Werd u begeleid naar uw bestemming? Ja Nee Zo ja, heeft u hiervoor toestemming? Ja Nee

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.

Ondertekeningdatum - - Handtekening

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

Liever via post indienen? Avéro Achmea t.a.v. Afdeling Declaratieservice
Stuur dit declaratieformulier Postbus 59005
in een envelop naar: 1040 KA Amsterdam