

Sla het formulier op voordat u begint met het invullen van het formulier. Vergeet niet de rubriek ondertekening in te vullen op de 2e pagina. Alleen volledig ingevulde én ondertekende formulieren kunnen we beoordelen.

1 Uw toestemming

Heeft u toestemming gekregen voor deze reiskosten?

- Ja.** U kunt verder met het invullen van dit declaratieformulier. Houd uw toestemmingsbrief bij de hand. De gegevens in de brief heeft u nodig.
- Nee.** Declareer deze kosten nog niet. Vraag eerst toestemming aan via defriesland.nl/vervoerslijn of bel met onze vervoerslijn op (058) 291 38 19 (werkdagen tussen 8.30 en 17.00 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. 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

Vul de prestatiecode uit de toestemmingsbrief hier in

Vul de zescijferige code in.

3b Vul hieronder de ritten in waarvoor u uw gemaakte reiskosten terugvraagt.

Reist u meer dan 1 keer per dag heen en weer en heeft u hiervoor toestemming?

Vul dan de datum 2 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="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja*	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
2	<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="checkbox"/> Ja*	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
3	<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="checkbox"/> Ja*	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
4	<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="checkbox"/> Ja*	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
5	<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="checkbox"/> Ja*	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
6	<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="checkbox"/> Ja*	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
7	<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="checkbox"/> Ja*	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
8	<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="checkbox"/> Ja*	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
9	<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="checkbox"/> Ja*	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
10	<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="checkbox"/> Ja*	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
11	<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="checkbox"/> Ja*	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
12	<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="checkbox"/> Ja*	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
13	<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="checkbox"/> Ja*	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
14	<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="checkbox"/> Ja*	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
15	<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="checkbox"/> Ja*	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

*Alleen invullen bij een opname langer dan 24 uur.

Let op! Stuur uw taxinota ('s) mee met dit declaratieformulier.

** Vul hier welk soort behandeling u ondergaat. Het is niet nodig om medische informatie over de behandeling te vermelden.

Wij berekenen op basis van de postcode van uw vertrekadres en uw bestemming het aantal kilometers dat u vergoed krijgt. Wij kiezen altijd de snelste route volgens de routeplanner die wij gebruiken. Meer informatie vindt u op defriesland.nl/vervoer of kunt u bij ons opvragen.

Totaalbedrag van uw taxikosten (incl. BTW):

4 Uw ondertekening

Ik verklaar dat ik de vragen op dit formulier volledig, juist en naar waarheid heb beantwoord. Ik geef De Friesland 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 De Friesland 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 klantenservice op (058) 291 31 31 op werkdagen tussen 08.30 en 18.00 uur.

Stuur dit formulier in via: mijndefriesland.nl

Liever via post toesturen?	De Friesland afdeling Declaratieservice
Stuur dit declaratieformulier	Postbus 270
naar:	8901 BB Leeuwarden

Wij verwerken uw persoonlijke gegevens in overeenstemming met het privacystatement van De Friesland. Hierin leest u hoe wij omgaan met uw persoonsgegevens en welke rechten u heeft.

De Friesland Zorgverzekeraar N.V., KvK 50884565 | Achmea Zorgverzekeringen N.V., KvK 28080300