

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 onze [DFZ-app](#) of bel met onze vervoerslijn op (058) 291 38 19 (bereikbaar op maandag tot en met vrijdag tussen 8.00 en 13.00 uur).

### 2 Uw gegevens (als patiënt)

Voorletter(s)  Tussenvoegsel  Achternaam

Geboortedatum  -  -

Postcode  Huisnummer  Woonplaats

Telefoonnummer  Relatienummer

### 3a Uw reisgegevens

**Vul de volledige adresgegevens van het vertrekadres en adres bestemming in zoals vermeld in de toestemmingsbrief die u van ons ontving!**  
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 2x in op het formulier en kruis het vakje retourrit aan. U kruist alleen opname aan indien de opname langer dan 24 uur is.

Bij soort behandeling vult u welk soort behandeling u ondergaat. Het is niet nodig om medische informatie over de behandeling te vermelden.

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="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="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="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="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="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="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="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="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="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="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="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="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="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="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="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

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

Wij berekenen het aantal kilometers dat u vergoed krijgt. Dit doen wij op basis van de postcode van uw vertrekadres en uw bestemming. Wij kiezen altijd de snelste route volgens de routeplanner die wij gebruiken. Meer informatie vindt u op [defriesland.nl/vervoer](https://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 helemaal en goed heb ingevuld. Ik geef De Friesland toestemming om informatie op te vragen die voor de beoordeling van vervoerskosten nodig zijn. Ik geef ook toestemming aan mijn behandelend arts/specialist om deze medische informatie direct aan mijn zorgverzekeraar te geven. Ik bewaar mijn bonnen en reisoverzichten minimaal 3 jaar voor controle van mijn rekeningen. Ik weet ook dat De Friesland rekeningen onderzoekt om fraude tegen te gaan.

Naar waarheid ingevuld?  Ja

Naam

Datum ondertekening

 -  - 

**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 en de rekening van de taxi in via: [mijndefriesland.nl](https://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