

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 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. 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 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?

Stuur dit declaratieformulier naar: De Friesland
afdeling Declaratieservice
Postbus 270
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