

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.

### 1 Uw gegevens (als patiënt)

Voorletter(s)  Tussenvoegsel  Achternaam   
Geboortedatum  -  -   
Postcode  Huisnummer  Woonplaats   
Telefoonnummer  Relatienummer

### 2a 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

### 2b 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"/>

Wij berekenen op basis van de postcode van uw vertrekadres en uw bestemming het bedrag.

### 3 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 in via: [mijndefriesland.nl](http://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