

Declaratieformulier vergoeding van reiskosten

DE FRIESLAND
ZORGVERZEKERAAR

Harlingertrekweg 53, 8913 HR Leeuwarden
Telefoon (058) 291 31 31 www.defriesland.nl

Uw gegevens in vertrouwde handen

Vraagt u een verstrekking of een vergoeding aan? Dan hebben wij uw gegevens nodig. Denk aan uw naam, adres en woonplaats, e-mailadres, telefoonnummer en bankrekeningnummer. Soms hebben wij ook meer gegevens van u nodig. Achmea B.V. is verantwoordelijk voor een goede verwerking van uw persoonsgegevens.

Wilt u weten welke gegevens wij verwerken en waarvoor?

Kijk dan in ons Privacy Statement op www.defriesland.nl. Daar leest u ook wat uw rechten zijn. En wanneer u bezwaar kunt maken tegen verwerking van uw gegevens. Wilt u ons Privacy Statement op papier ontvangen? Stuur dan een brief naar: De Friesland Zorgverzekeraar, Postbus 270, 8901 BB Leeuwarden.

► **Belangrijk:** Heeft u toestemming van ons ontvangen? Vul dan dit formulier in en stuur het op.
Geen toestemming? Dan ontvangen wij graag van u een aanvraagformulier.

Met dit formulier vraagt u de kosten terug waarvoor u toestemming heeft ontvangen (*hier aankruisen wat voor u geldt*).

Eigen vervoer. *Wij berekenen het aantal kilometers aan de hand van de postcodes van uw huis en het adres van de zorginstelling waar u naartoe reist door middel van Routeplanner van Routenet.*

Openbaar vervoer. *Wij gebruiken de tarieven zoals vermeld op 9292.nl*

Machtigingsnummer

1. Gegevens verzekerde (*hier vult u de gegevens in van de verzekerde voor wie toestemming is ontvangen*)

Naam Geslacht M V
Adres
Postcode/woonplaats
Geboortedatum
Telefoonnummer
Verzekerdennummer
BSN

2. Zorginstelling of zorgverlener (*bijvoorbeeld een ziekenhuis*)

Let op: Vul voor iedere zorginstelling of zorgverlener een apart formulier in.

Naam
Adres
Postcode/woonplaats

3. Wanneer kreeg u de behandelingen? (*Vult u hieronder geen periode in maar iedere datum apart*)

Let op: Bewaar de afsprakenkaartjes van de behandelingen minimaal 3 jaar. U hoeft ze niet naar ons te sturen.

Nr.	Datum van rit	Soort behandeling	U maakte de rit voor een poliklinisch bezoek, opname/ontslag/dagbehandeling	Enkele reis
1				Ja Nee
2				Ja Nee
3				Ja Nee
4				Ja Nee
5				Ja Nee
6				Ja Nee
7				Ja Nee
8				Ja Nee
9				Ja Nee
10				Ja Nee
11				Ja Nee

12	Ja	Nee
13	Ja	Nee
14	Ja	Nee
15	Ja	Nee
16	Ja	Nee
17	Ja	Nee
18	Ja	Nee
19	Ja	Nee
20	Ja	Nee

Bent u eilandbewoner? Dan is het noodzakelijk dat wij een gespecificeerde kostenopgave per oversteek van u ontvangen. Wilt u dit invullen bij vraag 4. U hoeft de vervoersbewijzen niet mee te sturen, bewaart u ze wel minimaal 3 jaar.

4. Heeft u eventuele opmerkingen betreffende vervoer?

5 Ondertekening

De ondergetekende verklaart:

- toestemming te geven aan de medisch adviseur van De Friesland om indien nodig alle inlichtingen op te vragen die noodzakelijk zijn met betrekking tot deze aanvraag.
- toestemming te geven aan de medisch adviseur van De Friesland om indien nodig medische informatie te delen met zorgaanbieders of leveranciers.
- bekend te zijn dat verzwijging van voor De Friesland belangrijke feiten of onjuiste/onvolledige invulling ertoe kan leiden dat elk recht op vergoeding vervalt.

Datum

Plaats

Handtekening verzekerde

Opslaan

Verzenden

Printen