

DECLARATIEFORMULIER ZIEKENVERVOER



Handtekening verzekeringnemer

Datum : _____

Naam verzekerde : _____

Geboortedatum : _____

Verzekerdennummer : _____

Bankrekeningnummer : _____

tenaamstelling _____

Om uw declaratie in behandeling te kunnen nemen, moet u het volgende meesturen:

- een verklaring van het ziekenhuis/instelling waarop de data van uw afspraken vermeld staan;
- nota van de taxivervoerder,
- treinkaarten/uitdraai ov-chipkaart (als u met het openbaar vervoer reist).

Let op: Voor vergoeding van vervoerskosten moet u eerst een machtiging aanvragen. Vraag deze machtiging aan vóór u ziekenvervoer nodig hebt.

Retour Ja / Nee	Vervoerdatum	Vertrekadres Postcode + huisnummer	Bestemmingsadres Postcode + huisnummer	Code vervoer*	Eigen vervoer Aantal km Enkele reis	ov/taxivervoer Bedrag enkele reis
						€
						€
						€
						€
						€
						€
						€
						€
						€
						€
						€
						€
						€
						€
						€

* Code vervoer: vul één van onderstaande codes in.

SOORT VERVOER	EIGEN VERVOER	OPENBAAR VERVOER	TAXI	ROLSTOELTAXI
Code	969	939	19	49

* U kunt uw declaratie indienen via het [contactformulier](#).