

Declaratieformulier reiskosten voor medische behandeling

Stuur het volledig ingevulde en ondertekende formulier met de bijlagen op naar:

Promovendum | t.a.v. Ziektenkostendeclaraties | Postbus 6213 | 4000 HE Tiel

1. Verzekerde

Voor- en achternaam _____

Adres _____

Postcode, woonplaats _____

Telefoon _____

Geboortedatum _____

2. Waar hebben de kosten betrekking op?

eigen vervoer

Promovendum gebruikt een routeplanner voor het aantal gereden kilometers*

openbaar vervoer

Wilt u treinkaarten, strippenkaarten en/of het reis- en transactieoverzicht meesturen?

taxivervoer

Wilt u de originele taxibonnen meesturen? **

De declaratie heeft betrekking op het jaar

2015

2016

2017

2018

Heeft u een machtiging voor alle bestemmingen en periodes?

ja

nee

Zo nee, vraag dit dan alsnog aan met het formulier Medische verklaring zittend ziekenvervoer via www.promovendum.nl/downloads.

* Voor parkeerkosten bestaat geen vergoeding.

** Op de taxibonnen dient te staan wie er op welke datum vervoerd is en het vertrek- en aankomstpunt.

3. Vervoerd van en naar

| Datum vervoer | Van (naam instelling en postcode) | Naar (naam instelling en postcode) | Kilometers/ OV bedrag | Retour of enkele reis |
|---------------|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Wilt u dit formulier laten stempelen bij het medisch secretariaat van de zorgverlener/zorginstelling? U hoeft geen afsprakenkaart naar ons op te sturen. Niet gestempelde formulieren kunnen wij helaas niet in behandeling nemen.

Stempel zorgverlener/instelling

Datum

3. Vervoerd van en naar (vervolg)

| Datum vervoer | Van (naam instelling en postcode) | Naar (naam instelling en postcode) | Kilometers/ OV bedrag | Retour of enkele reis |
|---------------|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Wilt u dit formulier laten stempelen bij het medisch secretariaat van de zorgverlener/zorginstelling? U hoeft geen afsprakenkaart naar ons op te sturen. Niet gestempelde formulieren kunnen wij helaas niet in behandeling nemen.

Stempel zorgverlener/instelling

Datum

Toelichting reiskostendeclaratie

Declareren

Vergoeding is alleen mogelijk als u van ons een machtiging hebt ontvangen voor de te declareren reiskosten. Om tot vergoeding van de gemachtigde vervoerskosten over te gaan is het noodzakelijk dat dit formulier volledig is ingevuld.

Eigen bijdrage

Voor vervoerskosten geldt een wettelijke eigen bijdrage per kalenderjaar. Dit bedrag is voor 2017 € 100,- en voor 2018 € 101,-.

4. Ondertekening

Ondertekende verklaart het formulier naar waarheid te hebben ingevuld. Ik weet dat door een onjuiste/onvolledige invulling van het formulier of verzwijging van voor de verzekering van belang zijnde feiten, de declaratie ongeldig kan worden verklaard. Met ondertekening geef ik toestemming om zo nodig gegevens op te vragen bij mijn behandelend arts/specialist voor de vaststelling van mijn declaratie.

Datum

Handtekening verzekeringnemer
