



Declaratieformulier reiskosten eigen vervoer

Sla het formulier op voordat u begint met het invullen van het formulier. Vergeet niet de rubriek ondertekening in te vullen op de 2e pagina. Alleen volledig ingevulde én ondertekende formulieren kunnen we beoordelen.

1 Uw toestemming

Heeft u toestemming gekregen voor deze reiskosten?

Ja. U kunt verder met het invullen van dit declaratieformulier. Houd uw toestemmingsbrief bij de hand. De gegevens in de brief heeft u nodig.

Nee. Declareer deze kosten nog niet. Vraag eerst toestemming aan via [De christelijke | App](#) of bel met onze vervoerslijn op 071 365 41 54 (bereikbaar op maandag tot en met vrijdag tussen 8.30 en 13.00 uur).

2 Uw gegevens (als patiënt)

Voorletter(s)	Tussenvoegsel	Achternaam
Geboortedatum	(DD/MM/JJJJ)	
Postcode	Huisnummer	Woonplaats
Telefoonnummer	(10 cijfers)	Relatienummer (9 cijfers)

3a Uw reisgegevens

Vul de volledige adresgegevens van het vertrekadres en adres bestemming in zoals vermeld in de toestemmingsbrief die u van ons ontving! Van ritten die nog niet gemaakt zijn, kunt u nog niet het geld terugvragen. Gebruik per bestemming en per kalenderjaar een apart formulier.

In welk jaar heeft u de kosten gemaakt?

Naam instelling

Vertrekadres

Postcode Huisnummer Plaats

Adres bestemming

Postcode Huisnummer Plaats

Vul de prestatiecode uit de toestemmingsbrief hier in (Vul de zescijferige code in.)

3b Vul hieronder de ritten in waarvoor u uw gemaakte reiskosten terugvraagt.

- Reist u meer dan 1 keer per dag heen en weer en heeft u hiervoor toestemming? Vul dan de datum 2x in op het formulier en kruis het vakje retourrit aan.
- U kruist alleen opname aan indien de opname langer dan 24 uur is.
- Bij soort behandeling vult u welk soort behandeling u ondergaat. Het is niet nodig om medische informatie over de behandeling te vermelden.

1	Datum van rit (DD/MM/JJJJ)				Soort behandeling				
	Opname / Ontslag	Ja	Nee	Deeltijdverlof	Ja	Nee	Retourrit	Ja	Nee
2	Datum van rit (DD/MM/JJJJ)				Soort behandeling				
	Opname / Ontslag	Ja	Nee	Deeltijdverlof	Ja	Nee	Retourrit	Ja	Nee
3	Datum van rit (DD/MM/JJJJ)				Soort behandeling				
	Opname / Ontslag	Ja	Nee	Deeltijdverlof	Ja	Nee	Retourrit	Ja	Nee
4	Datum van rit (DD/MM/JJJJ)				Soort behandeling				
	Opname / Ontslag	Ja	Nee	Deeltijdverlof	Ja	Nee	Retourrit	Ja	Nee
5	Datum van rit (DD/MM/JJJJ)				Soort behandeling				
	Opname / Ontslag	Ja	Nee	Deeltijdverlof	Ja	Nee	Retourrit	Ja	Nee
6	Datum van rit (DD/MM/JJJJ)				Soort behandeling				
	Opname / Ontslag	Ja	Nee	Deeltijdverlof	Ja	Nee	Retourrit	Ja	Nee
7	Datum van rit (DD/MM/JJJJ)				Soort behandeling				
	Opname / Ontslag	Ja	Nee	Deeltijdverlof	Ja	Nee	Retourrit	Ja	Nee
8	Datum van rit (DD/MM/JJJJ)				Soort behandeling				
	Opname / Ontslag	Ja	Nee	Deeltijdverlof	Ja	Nee	Retourrit	Ja	Nee

9	Datum van rit (DD/MM/JJJJ)				Soort behandeling				
	Opname / Ontslag	Ja	Nee	Deeltijdverlof	Ja	Nee	Retourrit	Ja	Nee
10	Datum van rit (DD/MM/JJJJ)				Soort behandeling				
	Opname / Ontslag	Ja	Nee	Deeltijdverlof	Ja	Nee	Retourrit	Ja	Nee
11	Datum van rit (DD/MM/JJJJ)				Soort behandeling				
	Opname / Ontslag	Ja	Nee	Deeltijdverlof	Ja	Nee	Retourrit	Ja	Nee
12	Datum van rit (DD/MM/JJJJ)				Soort behandeling				
	Opname / Ontslag	Ja	Nee	Deeltijdverlof	Ja	Nee	Retourrit	Ja	Nee
13	Datum van rit (DD/MM/JJJJ)				Soort behandeling				
	Opname / Ontslag	Ja	Nee	Deeltijdverlof	Ja	Nee	Retourrit	Ja	Nee
14	Datum van rit (DD/MM/JJJJ)				Soort behandeling				
	Opname / Ontslag	Ja	Nee	Deeltijdverlof	Ja	Nee	Retourrit	Ja	Nee
15	Datum van rit (DD/MM/JJJJ)				Soort behandeling				
	Opname / Ontslag	Ja	Nee	Deeltijdverlof	Ja	Nee	Retourrit	Ja	Nee

Wij berekenen het aantal kilometers dat u vergoed krijgt. Dit doen wij op basis van de postcode van uw vertrekadres en uw bestemming. Wij kiezen altijd de snelste route volgens de routeplanner die wij gebruiken. Meer informatie vindt u op dechristelijkezorgverzekeraar.nl/vervoer of kunt u bij ons opvragen.

Heeft u nog boot-, tunnel- of tolkosten gemaakt? Ja. Gebruik hiervoor dan het speciale declaratieformulier boot- en tunnelkosten. Nee
Parkeerkosten of overige kosten betalen wij niet.

4 Uw ondertekening

Ik verklaar dat ik de vragen op dit formulier helemaal en goed heb ingevuld. Ik bewaar mijn bonnen en reisoverzichten minimaal 3 jaar voor controle van mijn rekeningen. Ik weet ook dat De christelijke zorgverzekeraar rekeningen onderzoekt om fraude tegen te gaan. Mijn zorgverlener mag afsprakenoverzichten delen met mijn zorgverzekeraar.

Naar waarheid ingevuld? Ja

Naam

Datum ondertekening (DD/MM/JJJJ)

Heeft u vragen als u dit formulier invult? Onze medewerkers staan voor u klaar. Ze helpen u graag.

Bel onze Klantenservice: 071 308 38 88. We zijn er van maandag tot en met vrijdag van 8.30 tot 17.30 uur.

Stuur dit formulier in via: dechristelijkezorgverzekeraar.nl/declareren

Liever via post toesturen?

Stuur dit declaratieformulier naar: De christelijke zorgverzekeraar
 afdeling Declaratieservice
 Postbus 70001
 3000 KB Rotterdam

Wij verwerken uw persoonlijke gegevens volgens het privacystatement (dechristelijkezorgverzekeraar.nl/privacy) van De christelijke zorgverzekeraar. Hierin leest u hoe wij omgaan met uw persoonsgegevens en welke rechten u heeft.

De verzekeringen van De christelijke zorgverzekeraar worden uitgevoerd door:
 Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. statutair gevestigd te Leiden, KvK 06088185
 Achmea Zorgverzekeringen N.V. statutair gevestigd te Leiden, KvK 28080300