



onze app

Vul de PDF digitaal in en upload deze (of een foto of scan van het handmatig ingevulde formulier)



de post

Stuur het ingevulde formulier met bijlage(n) naar:
Zorg en Zekerheid, Postbus 428, 2300 AK Leiden

Declaratieformulier Bezoekkosten

1. Gegevens verzekerde

Voorletters en achternaam		m	v
Straat	Huisnummer		
Postcode	Woonplaats		
Geboortedatum	Relatienummer		
Telefoonnummer	E-mailadres		

2. Gegevens van de persoon die is opgenomen

Relatienummer			
Voorletters en achternaam		m	v
Straat	Huisnummer		
Postcode	Woonplaats		
Geboortedatum			
Opgenomen van	tot		
Naam ziekenhuis			
Straat	Huisnummer		
Postcode	Woonplaats		

Stempel ziekenhuis of (huis)arts*

*Zonder stempel of handtekening van de (huis)arts kunnen wij dit declaratieformulier niet in behandeling nemen.

3.1 Berekening vervoer met de auto

Van	Naar
Aantal km	Datum
Aantal km heen en terug per bezoek	
Aantal bezoeken	

3.2 Berekening vervoer met het OV

Van	Naar
OV-kosten €	Datum
Aantal km heen en terug per bezoek	
Aantal bezoeken	

4. Ondertekening

Ik verklaar dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

Plaats	Datum
Handtekening	

Voorwaarden

- de vergoeding van vervoer is van het woonadres naar de instelling en terug, bij opname in een ziekenhuis of revalidatie-instelling in Nederland;
- het opgenomen gezinslid moet ook aanvullend verzekerd zijn bij Zorg en Zekerheid;
- de gezinsleden wonen op hetzelfde adres; We vergoeden één bezoek per dag;
- de vergoeding is op basis van de kortst gebruikelijke afstand. (routenet.nl of 9292ov.nl);
- als u reist met openbaar vervoer geldt een vergoeding op basis van de laagste klasse;
- als u reist met eigen vervoer geldt een vergoeding van € 0,38 per kilometer. De enkele reisafstand verminderen we met 20 kilometer (40 kilometer heen en terug);
- vervoerskosten van en naar een Wlz-instelling worden niet vergoed.

