Zorg en Zekerheid

Declaratieformulier eigen en openbaar vervoer

Postbus 400, 2300 AK Leiden
T. (071) 5 825 825
F. (071) 5 825 011
zorgenzekerheid.nl
K.v.K. 28050216
AFM nummer 12001019

1. Gegevens verzekerde

Voorletters en achternaam ○ m ○ v

Straat Huisnummer

Postcode Woonplaats

Geboortedatum Relatienummer

Telefoonnummer E-mailadres

2. Uw situatie

Code vervoer: vul één van onderstaande codes in. Eén Code vervoer per datum/regel is verplicht.

Let op: Voor vergoeding van taxivervoer moet u eerst een machtiging aanvragen.

Vraag deze machtiging aan vóór u taxivervoer nodig hebt.

Voor het aanvragen van een machtiging taxivervoer kunt u contact opnemen met de vervoerslijn op het telefoonnummer 071 5825 700.

Omschrijving:	Eigen vervoer	Openbaar vervoer	Taxivervoer	Taxivervoer met rolstoel
Nierdialyse	160	130	10	40
Chemo-, immuno- en/of radiotherapie	161	131	11	41
Rolstoelgebruiker	162	132	12	42
Beperkt gezichtsvermogen (<30% zicht aan het beste oog)	163	133	13	43
Hardheidsclausule *	164	134	18	48
Intensieve kindzorg	204	203	200	202

* Afhankelijk van duur, frequentie en afstand kan vergoeding van vervoer mogelijk zijn.

Retour	Vervoerdatum	Postcode/huisnummer vertrekadres	Postcode/huisnummer bestemming	Code vervoer	Eigen vervoer Aantal km Enkele reis	OV/taxivervoer Bedrag enkele reis
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€

☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
				Totaal:	0	€ 0

De vergoeding voor openbaar vervoer is gebaseerd op de 2e klasse, kortst gebruikelijke afstand met 9292.nl
De vergoeding voor eigen vervoer is gebaseerd op de korste route op www.anwb.nl/verkeer/routeplanner

Zonder een aantal documenten kunnen wij uw declaratie niet in behandeling nemen:

☐ Kopie afsprakenkaart/aanwezigheidsbevestiging voorzien van stempel of handtekening van de zorgverlener
☐ Treinkaartjes, buskaartjes of een printje van uw reisgeschiedenis
☐ Het volledig door u ingevulde overzicht met bestemmingen, afstanden en data van uw ritten.

Aantal meegestuurde bijlagen:

3. Ondertekening

☐ Ondergetekende 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(en) van belang zijnde feiten, de declaratie ongeldig kan worden verklaard. Met de ondertekening geef ik de zorgverzekeraar toestemming om zo nodig (medische)informatie op te vragen bij mijn behandelend arts/specialist voor de vaststelling van mijn declaratie. Ik geef aan mijn behandelend arts/specialist toestemming om deze (medische) informatie rechtstreeks aan mijn zorgverzekeraar te verstrekken. Ik bewaar mijn bonnen, reisoverzichten e.d. minimaal 3 jaar voor controle van mijn declaratie.

Plaats: _____ Datum: ☐☐-☐☐-☐☐☐☐

Handtekening aanvrager:

Er is alleen vergoeding voor vervoer naar specifieke bestemmingen, zoals zorgverleners of instellingen waar u zorg ontvangt waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de basisverzekering komen. U ontvangt geen vergoeding voor zorg waarvan de kosten vanuit uw aanvullende verzekering vergoed worden.

Voor zittend ziekenvervoer geldt een wettelijke eigen bijdrage per verzekerde per kalenderjaar. Zorg en Zekerheid biedt in een aantal van haar aanvullende verzekeringen een vergoeding voor deze eigen bijdrage. Houd er rekening mee dat de kosten van zittend ziekenvervoer ten laste kunnen komen van het wettelijk verplichte en eventuele vrijwillige eigen risico. Wij storten uw eventuele vergoeding binnen 13 werkdagen na ontvangst van uw declaratie op uw rekening.

Voor de volledige uitleg verwijzen wij u naar de polisvoorwaarden artikel 21.3 t/m 21.6. Daarnaast vindt u meer informatie op de vergoedingenzoeker op onze website.

Alles ingevuld?
Dien dit formulier bij voorkeur in via https://www.zorgenzekerheid.nl/service-en-contact/mijnzz.htm ,
of verstuur deze naar declaraties@zorgenzekerheid.nl.

Verstuur deze declaratie naar Zorg en Zekerheid, Postbus 428, 2300 AK Leiden.

ZZ-00002-1219-1.0