

**1. Gegevens verzekerde**

Voorletters en achternaam  m  v

Straat	Huisnummer
Postcode	Woonplaats
Geboortedatum	Relatienummer
Telefoonnummer	E-mailadres

**2. Opgenomen persoon**

Relatienummer

Voorletters en achternaam  m  v

Straat	Huisnummer
Postcode	Woonplaats
Geboortedatum	
Opnameperiode van <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> tot <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
Welk ziekenhuis	
Straat	Huisnummer
Postcode	Woonplaats

Stempel ziekenhuis of (huis)arts

**3. Berekening**

Van	Naar
Aantal km/OV-transactie	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, of het astmacentrum in Davos van een bij Zorg en zekerheid verzekerd gezinslid. De gezinsleden dienen op hetzelfde adres te wonen.
- Zowel de bezoeker als het opgenomen gezinslid moet over een geldige aanvullende verzekering bij Zorg en Zekerheid beschikken.
- De vergoeding is op basis van de kortst gebruikelijk afstand. (routenet.nl of 9292ov.nl)
- Indien gereisd wordt met het openbaar vervoer geldt een vergoeding op basis van de laagste klasse.
- Indien wordt gereisd met eigen vervoer geldt voor huidig jaar een vergoeding van € 0,30 per kilometer. De enkele reisafstand wordt verminderd met 20 kilometer (40 km retour) die voor eigen rekening blijven.
- Eén bezoek per dag.
- Vervoerskosten van en naar een Wlz-instelling vallen buiten deze regeling.

**Alles ingevuld?**

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