Declaratieformulier eigen vervoer - reiskosten van zieken

Vul het formulier helemaal in. Sla het daarna op bij uw documenten. Ga naar MijnFBTO en declareer uw zorgkosten.
Met dit formulier vraagt u de vervoerskosten van en naar uw zorgverlener terug.

1 Uw toestemming

Heeft u toestemming aangevraagd voor deze reiskosten?

- ☐ Ja. U kunt verder met het invullen van dit declaratieformulier.
- ☐ Nee. Declareer deze kosten nog niet. Vraag eerst toestemming aan. Bel met onze vervoerslijn op (071) 365 41 54 op werkdagen tussen 8.00 en 18.00 uur.

2 Uw gegevens (als patiënt)

Naam

Postcode | Huisnummer

Woonplaats | Telefoon

Relatienummer | Geboortedatum (dd-mm-jjjj)

E-mailadres

3a U vertelt hoe u reisde

Vul alle velden in! Onvolledige formulieren en ritten die nog niet gemaakt zijn, verwerken wij niet.

Voor welk jaar declareert u?

Vertrekadres | Aankomstadres

Postcode + huisnr. | Postcode + huisnr.

Vanuit welke categorie heeft u een machtiging?

- ☐ Ik reis voor radio- of chemotherapie
- ☐ Ik reis voor nierdialyse
- ☐ Ik heb een visuele beperking
- ☐ Ik ben rolstoelafhankelijk
- ☐ Ik reis voor intensieve kindzorg *(U heeft hiervoor geen toestemming nodig, stuurt u de IKZ-indicatie mee)*
- ☐ Ik heb een machtiging vanuit de hardheidsclausule
- ☐ Anders, ik heb een machtiging vanuit de aanvullende verzekering.

3b U geeft de gereden rit(ten) aan die u nu wilt declareren. Dit geldt niet voor toekomstige ritten.

Datum eerste gemaakte rit: (dd-mm-jjjj)

Datum laatste gemaakte rit: (dd-mm-jjjj)

Let op! *Heen- en terugrit is aantal 1. Enkele rit is aantal 0,5.*

Totaal heen- en terugritten per maand

Januari	April	Juli	Oktober
Februari	Mei	Augustus	November
Maart	Juni	September	December

Totaal aantal ritten

Aantal KM van 1 heen- en terugrit: ***Let op!*** *Vul hier hele kilometers in.*

Heeft u nog boot-, tunnel- of tolkosten gemaakt? ☐ Nee ☐ Ja, totaalbedrag van deze kosten:

Parkeerkosten of overige kosten betalen wij niet.

4 Uw 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 ondertekening geef ik toestemming om zo nodig gegevens op te vragen bij mijn behandelend arts/specialist voor de vaststelling van mijn declaratie. Ik bewaar mijn bonnen, reisoverzichten e.d. minimaal 3 jaar, ter inzage voor controle van mijn declaratie.

Ondertekeningsdatum (dd-mm-jjjj) | Handtekening

5 Heeft u het formulier helemaal ingevuld?

Sla het ingevulde formulier op bij uw documenten. Ga naar MijnFBTO en declareer uw zorgkosten.
Liever per post indienen? FBTO Zorg, Postbus 318, 8901 BC Leeuwarden.

18020058/90361-18.03

FBTO is een handelsnaam van FBTO Zorgverzekeringen N.V, KvK nr. 30208631, statutair gevestigd in Leeuwarden, Achmea Zorgverzekeringen N.V., KvK nr. 28080300, statutair gevestigd in Zeist en Achmea Schadeverzekeringen N.V., KvK nr. 08053410, statutair gevestigd in Apeldoorn.

FBTO is onderdeel van achmea