

Sla het formulier op voordat u begint met het invullen van het formulier. Vergeet niet uw handtekening op het formulier te zetten op de tweede pagina. Alleen volledig ingevulde én ondertekende formulieren nemen we in behandeling.

1 Uw toestemming

Heeft u toestemming gekregen voor deze reiskosten?

- Ja.** U kunt verder met het invullen van dit declaratieformulier.
- Nee.** Declareer deze kosten nog niet. Vraag eerst toestemming aan via zk.nl/machtiging of bel met onze vervoerslijn op 071 365 41 54 (werkdagen tussen 8.00 en 20.00 uur en op zaterdag tussen 9.00 en 13.00 uur).

2 Uw gegevens (als patient)

Voorletter(s) Tussenvoegsel Achternaam

Geboortedatum - - Man Vrouw

Postcode Huisnummer Woonplaats

Telefoonnummer Relatienummer

3a Uw reisgegevens

Vul alle velden in! Ritten die nog niet gemaakt zijn, verwerken wij niet. Gebruik per bestemming en per kalenderjaar een apart formulier.

In welk jaar zijn de kosten gemaakt? Naam instelling

Vertrekadres Adres bestemming

Postcode Huisnr. Postcode Huisnr.

Plaats Plaats

Vanuit welke categorie heeft u een machtiging?

- Ik reis voor radio-, immuun- of chemotherapie Ik reis voor nierdialyse
- Ik heb een visuele beperking Ik ben rolstoelafhankelijk
- Ik reis voor geriatrische revalidatiezorg Ik reis als donor (gever)
- Ik heb een machtiging vanuit de hardheidsclausule
- Ik reis voor intensieve kindzorg (U heeft hiervoor geen toestemming nodig, stuurt u de IKZ-indicatie mee)
- Ik reis voor een groepsdagbehandeling binnen een zorgprogramma voor specifieke patiëntgroepen.

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

Reist u meer dan 1 keer per dag heen en weer en heeft u hiervoor toestemming?

Vul dan de datum twee keer in op het formulier en kruis het vakje retourrit aan.

Nr.	Datum van rit (DD-MM-JJJJ)	Soort behandeling	Opname / Ontslag	Weekendverlof	Retourrit
1	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
2	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
3	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
4	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
5	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
6	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
7	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
8	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
9	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
10	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
11	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
12	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
13	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
14	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
15	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

Let op! Stuur uw taxinota ('s) mee met dit declaratieformulier.

Wij bepalen op basis van de postcode van uw vertrekadres en uw bestemming het te vergoeden aantal kilometers. Wij doen dit op basis van de snelste route volgens de door ons gehanteerde routeplanner. Meer informatie vindt u op www.zk.nl/vervoer of kunt u bij ons opvragen.

Totaalbedrag van uw taxikosten (incl. BTW): ,

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 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.

Datum - -

Handtekening

Heeft u vragen als u dit formulier invult? Dan bereikt u onze klantenservice op (071) 751 00 51 op werkdagen tussen 8.00 en 20.00 uur en op zaterdag tussen 9.00 en 13.00 uur.

Dien dit formulier bij voorkeur in via: www.mijnzilverenkruis.nl

Liever via post indienen? Zilveren Kruis t.a.v. afdeling Declaratieservice
Stuur dit declaratieformulier Postbus 70001
in een envelop naar: 3000 KB Rotterdam

Wij verwerken uw persoonlijke gegevens in overeenstemming met het privacystatement www.zilverenkruis.nl/Paginas/Privacy.aspx van Zilveren Kruis. Hierin leest u hoe wij omgaan met uw persoonsgegevens en welke rechten u heeft.

Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. statutair gevestigd te Utrecht, KvK 06088185, AFM 12001027
Achmea Zorgverzekeringen N.V. statutair gevestigd te Zeist, KvK 28080300, AFM 12000647
Achmea Schadeverzekeringen N.V. statutair gevestigd te Apeldoorn, KvK 08053410, AFM 12000606