

Declaratieformulier Vervoerskosten



Let op: graag binnen de hokjes schrijven

Belangrijk om te weten:

Vul dit formulier zo volledig mogelijk in. Let hierbij vooral op de volgende punten:

- **U hebt vooraf toestemming (een machtiging) van ons nodig voor de vergoeding.** Wilt u alsnog een aanvraag indienen? Stuur ons dan een volledig ingevuld en ondertekend Aanvraagformulier Zittend Ziekenvoer. U vindt dit formulier op onze website.
- Controleer of alles is ingevuld en of de handtekening en stempel van de zorgaanbieder van uw bestemming erop staat. Wij kunnen alleen volledig ingevulde en ondertekende formulieren verwerken.
- **Voor parkeerkosten is geen vergoeding mogelijk.**
- Voor meer informatie: kijk op www.unive.nl.

Persoonsgegevens:

Klantnummer	Geboortedatum		Voorletter(s)	Tussenvoegsel(s)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Naam				
<input type="text"/>				
Straat		Huisnummer	Toevoeging	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Postcode	Woonplaats			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Vervoerskosten:

Voor welke verstrekking heeft u toestemming?

Zie uw toestemmingsbrief. Er is maar één keuze mogelijk! Graag aankruisen.

Zittend ziekenvervoer in verband met of ten behoeve van:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Transplantatie | <input type="checkbox"/> Visueel Gehandicapte |
| <input type="checkbox"/> Nierdialyse | <input type="checkbox"/> Langdurige Behandeling (HHC) |
| <input type="checkbox"/> Chemo- of Radiotherapie | <input type="checkbox"/> Zintuiglijke Gehandicapte |
| <input type="checkbox"/> Rolstoelafhankelijke | <input type="checkbox"/> Intensieve Kindzorg |

Specificatie reiskosten

Geef op de achterkant een specificatie van de ritten die u declareert en vul de tabel zo volledig mogelijk in.

Voor de (her)berekening van het aantal kilometers hanteren wij de snelste route van de ANWB routeplanner. Hierbij wordt geen rekening gehouden met het actueel verkeer.

Houd er rekening mee dat het aantal kilometers van de heenreis kan afwijken van de terugreis.

Eigen vervoer of openbaar vervoer?

U hoeft geen afsprakenkaartjes, overzichten en vervoersbewijzen mee te sturen!

Taxivervoer?

Graag de taxi nota's meesturen!

Ondertekening:

Naar waarheid ingevuld:

Datum

Handtekening verzekerde

Univé
Postbus 25030
5600 RS Eindhoven
www.unive.nl

Klantnummer hier nogmaals invullen

Soort vervoer (graag aankruisen)

Eigen vervoer

Openbaar vervoer

Voor de berekening van de vergoeding, gebruiken wij de tarieven die op www.9292ov.nl staan.

Taxivervoer

Wij vragen u vriendelijk de facturen van het taxibedrijf samen met dit declaratieformulier naar ons op te sturen.
Als u hebt gekozen voor een taxibedrijf dat geen overeenkomst met ons heeft, bedraagt de vergoeding conform verzekeringsvoorwaarden.

Heeft u meerdere bestemmingen? Graag per bestemming één formulier gebruiken.

Postcode vertrekadres

Postcode bestemming

Is dit uw huisadres?

ja nee

Naam bestemming

Nr	Datum	Kilometers <u>heen</u>	Bedrag in € indien taxivervoer	Datum	Kilometers <u>terug</u>	Bedrag in € indien taxivervoer	
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
14	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
15	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
16	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
17	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
18	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
19	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
20	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Totaal			<input type="text"/>	Totaal			<input type="text"/>

Datum:

Handtekening en stempel zorgaanbieder van uw bestemming: