DECLARATIEFORMULIER ZIEKENVERVOER

DSW zorgverzekeraar

Handtekening verzekeringnemer :

Datum : _____

Naam verzekerde : _____

Geboortedatum : _____

Verzekerdennummer : _____

IBAN Bankrekeningnummer : _____

Om uw declaratie in behandeling te kunnen nemen, moet u het volgende meesturen:
- een verklaring van het ziekenhuis/instelling waarop de data van uw afspraken vermeld staan;
- nota van de taxivervoerder (als u met de taxi gaat);

Let op: Voor vergoeding van vervoerskosten moet u eerst een machtiging aanvragen.
Vraag deze machtiging aan vóór u ziekenvervoer nodig hebt.

Elke reisdatum moet apart vermeld worden. Controleer A.U.B. of alle gegevens volledig zijn ingevuld.

Omschrijving	Eigen vervoer	Openbaar vervoer	Taxi	Rolstoeltaxi
Nierdialyse	160	130	10	40
Chemo-, immuno- en/of radiotherapie	161	131	11	41
Rolstoelgebruiker	162	132	12	42
Blijvend blind/slechtziend	163	133	13	43
Hardheidsclausule	164	134	18	48
Intensieve kindzorg	204	203	200	202
GZSP	224	222	218	220
Bezoekkosten aan ziek kind	990	n.v.t	n.v.t.	n.v.t.

Retour Ja / Nee	Vervoerdatum	Vertrekadres Postcode + huisnummer	Bestemmingsadres Postcode + huisnummer	Code vervoer*	Eigen vervoer Aantal km Enkele reis	ov/taxivervoer Bedrag enkele reis
						€
						€
						€
						€
						€
						€
						€
						€
						€
						€
						€
						€
						€
						€

** Code vervoer: vul één van bovenstaande codes in. De code die voor u van toepassing is, is te vinden op de machtiging die u van ons hebt ontvangen.*