

Sla het formulier op voordat u begint met het invullen van het formulier. Vergeet niet de rubriek ondertekening in te vullen op de 2^e pagina. Alleen volledig ingevulde en ondertekende formulieren kunnen we beoordelen.

1 Uw toestemming

Heeft u toestemming gekregen voor deze reiskosten?

- Ja. U kunt verder met het invullen van dit declaratieformulier. Houd uw toestemmingsbrief bij de hand. De gegevens in de brief heeft u nodig.
- Nee. Declareer deze kosten nog niet. Vraag vooraf toestemming aan bij de Vervoerslijn. Dat doet u makkelijk en snel via de FBTO Zorg app.

Wilt u liever bellen? Dat kan natuurlijk ook. Bel op werkdagen van 9.00 tot 13.00 uur via (071) 365 41 54.

2 Uw gegevens (als patiënt)

Voorletter(s) Tussenvoegsel Achternaam

Geboortedatum - -

Postcode Huisnummer Woonplaats

Telefoonnummer Relatienummer

3a Uw reisgegevens

Vul de volledige adresgegevens van het vertrekadres en adres bestemming in zoals vermeld in de toestemmingsbrief die u van ons ontving! Van ritten die nog niet gemaakt zijn, kunt u nog niet het geld terugvragen. En gebruik per bestemming en per kalenderjaar een apart formulier.

| | | | |
|---|---|------------------|---|
| In welk jaar heeft u de kosten gemaakt? | <input type="text"/> | Naam instelling | <input type="text"/> |
| Vertrekadres | <input type="text"/> | Adres bestemming | <input type="text"/> |
| Postcode | <input type="text"/> Huisnr. <input type="text"/> | Postcode | <input type="text"/> Huisnr. <input type="text"/> |
| Plaats | <input type="text"/> | Plaats | <input type="text"/> |

Vul de prestatiecode uit de toestemmingsbrief hier in Vul de zescijferige code in.

3b Vul hieronder de ritten in waarvoor u uw gemaakte reiskosten terugvraagt.

Reist u meer dan 1 keer per dag heen en weer en heeft u hiervoor toestemming? Vul dan de datum 2x in op het formulier en kruis het vakje retourrit aan.

U kruist alleen opname aan indien de opname langer dan 24 uur is.

Bij soort behandeling vult u in welk soort behandeling u ondergaat. Het is niet nodig om medische informatie over de behandeling te vermelden.

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

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

Wij berekenen het aantal kilometers dat u vergoed krijgt. Dit doen wij op basis van de postcode van uw vertrekadres en uw bestemming. Wij kiezen altijd de snelste route volgens de routeplanner die wij gebruiken. Meer informatie vindt u op de [routeplanner van Easytravel](#). U heeft recht op vergoeding voor openbaar vervoer volgens de laagste klasse. Meer informatie vindt u op [fbto.nl](#) of kunt u bij ons opvragen.

Totaalbedrag van uw taxikosten (incl. BTW):

4 Uw ondertekening

Ik verklaar dat ik de vragen op dit formulier helemaal en goed heb ingevuld. Ik geef FBTO toestemming om informatie op te vragen die voor de beoordeling van vervoerskosten nodig zijn. Ik geef ook toestemming aan mijn behandelend arts/specialist om deze medische informatie direct aan mijn zorgverzekeraar te geven. Ik bewaar mijn bonnen en reisoverzichten minimaal 3 jaar voor controle van mijn rekeningen. Ik weet ook dat FBTO rekeningen onderzoekt om fraude tegen te gaan.

Naar waarheid ingevuld? Ja

Naam

Datum ondertekening - -

Heeft u vragen over het formulier? Stuur een WhatsApp naar 06 82 88 05 08. Of bel (058) 234 53 33.

We zijn er op werkdagen van 08.00 tot 17.30 uur.

Stuur dit formulier toe via de FBTO Zorgapp of via [MijnFBTO](#).

Liever via post toesturen? FBTO Zorg
Stuur dit declaratieformulier naar: Postbus 318
 8901 BC Leeuwarden

Uw gegevens in vertrouwde handen

Sluit u een verzekering of financiële dienst af? Dan hebben wij uw gegevens nodig. Denk aan uw naam, adres en woonplaats, e-mailadres, telefoonnummer en bankrekeningnummer. Soms hebben wij ook meer gegevens van u nodig. Achmea B.V. is verantwoordelijk voor een goede verwerking van uw persoonsgegevens.

Wilt u weten welke gegevens wij verwerken en waarvoor?

Kijk dan in ons Privacy Statement op [fbto.nl](#). Deze vindt u onderaan op onze website onder de link 'Privacy'. Hier leest u wat uw rechten zijn. En wanneer u bezwaar kunt maken tegen verwerking van uw gegevens.

FBTO is een handelsnaam van Achmea Schadeverzekeringen N.V., KvK nr. 08053410 en Achmea Pensioen- en Levensverzekeringen N.V., KvK nr. 08077009, beide statutair gevestigd in Apeldoorn en FBTO Zorgverzekeringen N.V., KvK nr. 30208631, statutair gevestigd in Leeuwarden en Achmea Zorgverzekeringen N.V., KvK nr. 28080300, statutair gevestigd in Zeist.