DECLARATIEFORMULIER ZIEKENVERVOER

Handtekening verzekeringnemer

Datum :

Naam verzekerde :

Geboortedatum :

Verzekerdennummer :

Bankrekeningnummer :

tenaamstelling

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,
- treinkaarten/uitdraai ov-chipkaart (als u met het openbaar vervoer reist).

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

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 onderstaande codes in.*

Soort vervoer	Eigen vervoer	Openbaar vervoer	Taxi	Rolstoeltaxi
Code	969	939	19	49

** U kunt uw declaratie indienen via declaraties@rmoekraine.nl*

Administratie RMO
Postbus 84 3100 AB Schiedam T 010 - 2 422 621 www.rmoekraine.nl