a.s.r.
de nederlandse
verzekerings
maatschappij
voor alle
verzekeringen

Declaratieformulier ziekenvervoer

a.s.r.
Postbus 2072
3500 HB Utrecht

Handtekening verzekeringnemer:	
Datum:	
Naam verzekerde:	
Geboortedatum:	
Verzekerdenummer:	
Voor een juiste afhandeling dient u het volgende mee te sturen:	- een verklaring van het ziekenhuis/instelling waarop de data van uw afspraken vermeld staan - nota van de taxivervoerder (als u met de taxi gaat) - treinkaarten/uitdraai OV-chipkaart (als u met het openbaar vervoer gaat)
Let op:	**Voor vergoeding van vervoerskosten moet u eerst een machtiging aanvragen. Vraag deze machtiging aan vóór u ziekenvervoer nodig hebt. Ga voor meer informatie naar onze website https//www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/ziekenvervoer.**

Omschrijving:	**Eigen vervoer**	**Openbaar vervoer**	**Taxivervoer**	**Taxivervoer met rolstoel**
Nierdialyse	160	130	10	40
Chemo-, immuno- en/of radiotherapie	161	131	11	41
Rolstoelgebruiker	162	132	12	42
Blijven blind/slechtziend	163	133	13	43
Hardheidsclausule	164	134	18	48
Intensieve kindzorg	204	203	200	202
Vervoer vanuit de aanvullende verzekering	709	N.v.t.	19	N.v.t.
Geriatrische revalidatiezorg	214	211	205	208
Geneeskundige zorg specifieke patiëntengroepen	224	222	218	220

Retour	**Vervoerdatum**	**Vertrekadres Postcode en huisnummer**	**Bestemming Postcode en huisnummer**	**Code vervoer***	**Eigen vervoer Aantal km Enkele reis**	**OV/taxivervoer Bedrag enkele reis**
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€
☐						€

* Code vervoer, vul één van bovenstaande codes in. Eén regel per datum.

42301_0122

Retour	Vervoerdatum	Vertrekadres Postcode en huisnummer	Bestemming Postcode en huisnummer	Code vervoer*	Eigen vervoer Aantal km Enkele reis	OV/taxivervoer Bedrag enkele reis
☐						€
☐						€
☐						€