

Dette skjema benyttes ved søknad om refusjon av reiseutgifter i forbindelse med behandling. Legg ved kvitteringer, samt kopi av henvisning dersom du ikke har sendt inn denne tidligere. Vennligst bruk et skjema per sykdom/plage.

**Når dekkes reiseutgifter?**

> Ved operasjon og/eller sykehusinnleggelse.

> Ved legespesialistbehandling og røntgen/bildedagnostikk dersom

DIAGNOSE/SYMTOMER

avstanden mellom hjem og behandlingsted er over 150 km (én vei).

**Personopplysninger**

NAVN FØDSELSNUMMER (11 SIFFER) AVTALENUMMER TELEFON MOBIL/ARBEID

ADRESSE POSTNUMMER/STED E-POST

KONTONUMMER

**Reise med egen bil**

Det gis kjøregodtgjørelse etter statens satser for pasientreiser.

DATO REIST FRA (HJEMSTED) REIST TIL (BEHANDLINGSSTED) ANTALL KM TUR/RETUR PARKERING (BELØP) BOMPENGER (BELØP)

**Kollektivtransport/fly/taxi**

Det forutsettes at rimeligste reisealternativ velges. Taxi dekkes når det er medisinsk nødvendig og avtalt på forhånd.

DATO REIST FRA (HJEMSTED) REIST TIL (BEHANDLINGSSTED) TRANSPORTMIDDEL BELØP

**Opphold**

Overnatting på hotell med normal standard dekkes ved operasjon/sykehusinnleggelse når det er avtalt på forhånd.

Kost/diett dekkes ved operasjon/sykehusinnleggelse når reisen varighet overstiger 12 timer (etter statens satser for pasientreiser).

HOTELL/OVERNATNING (BELØP OG DATO FOR INNSJEKING/UTSJEKING)

KOST/DIETT (TIDSPUNKT FOR AVREISE/HJEMREISE)

**Totalbeløp reiseutgifter (i henhold til vedlagte kvitteringer + ev. bompenger)****Underskrift**

Jeg bekrefter at de oppgitte opplysningene er korrekte og er gitt etter beste evne. Jeg samtykker i at Storebrand Helseforsikring AS kan innhente medisinske opplysninger som er relevante for saksbehandlingen og skadeoppgjøret.

STED

DATO

UNDERSKRIFT