

Sla het formulier op voordat u begint met het invullen van het formulier. Vergeet niet de ondertekening te vullen op de tweede pagina. Alleen volledig ingevulde en ondertekende formulieren nemen we in behandeling.

Moet u voor uw behandeling op 3 of meer aaneengesloten dagen van en naar een zorgverlener of zorgverlenende instelling reizen? Dan kunt u er voor kiezen om te overnachten in een gasthuis of (andere verblijfhuizen). Vraag dan toestemming aan voor uw overnachtingskosten.

1 Uw toestemming

Heeft u toestemming gekregen voor deze overnachtingskosten?

Ja. U kunt verder met het invullen van dit declaratieformulier.

Heeft u vragen als u dit formulier invult? Dan bereikt u onze klantenservice op (071) 751 00 51 op werkdagen tussen 8.00 en 20.00 uur en op zaterdag tussen 9.00 en 13.00 uur.

Nee. Vraag eerst toestemming aan via zk.nl/machtiging of bel met onze vervoerslijn op 071 365 41 54 (werkdagen tussen 8.00 en 20.00 uur en op zaterdag tussen 9.00 en 13.00 uur).

2 Uw gegevens (als patient)

Voorletter(s) Tussenvoegsel Achternaam
Geboortedatum - - Man Vrouw
Postcode Huisnummer Woonplaats
Telefoonnummer Relatienummer

3 Poliklinische behandel dagen

Naam en plaats instelling	Begindatum	Einddatum
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

4 Uw overnachtingen

Naam en plaats overnachting	Begindatum	Einddatum	Aantal	Totaalbedrag
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>

Let op! Stuur uw factuur van de overnachtingen mee met dit declaratieformulier.

5 Uw ondertekening

Ondergetekende verklaart het formulier naar waarheid te hebben ingevuld. Ik weet dat door een onjuiste/onvolledige invulling van het formulier of verzwijging van voor de verzekering(en) van belang zijnde feiten, de declaratie ongeldig kan worden verklaard. Met de ondertekening geef ik de zorgverzekeraar toestemming om zo nodig (medische) informatie op te vragen bij mijn behandelend arts/specialist voor de vaststelling van mijn declaratie. Ik geef aan mijn behandelend arts/specialist toestemming om deze (medische) informatie rechtstreeks aan mijn zorgverzekeraar te verstrekken. Ik bewaar mijn bonnen, reisoverzichten e.d. minimaal 3 jaar voor controle van mijn declaratie.

Naar waarheid ingevuld? Ja

Naam

Datum - -

Dien dit formulier bij voorkeur in via: www.mijnzilverenkruis.nl of zk.nl/app

Liever via post indienen? Zilveren Kruis t.a.v. afdeling Declaratieservice
Stuur dit declaratieformulier Postbus 70001
in een envelop naar: 3000 KB Rotterdam

Wij verwerken uw persoonlijke gegevens in overeenstemming met het privacystatement www.zilverenkruis.nl/Paginas/Privacy.aspx van Zilveren Kruis. Hierin leest u hoe wij omgaan met uw persoonsgegevens en welke rechten u heeft.

Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. statutair gevestigd te Utrecht, KvK 06088185, AFM 12001027
Achmea Zorgverzekeringen N.V. statutair gevestigd te Zeist, KvK 28080300, AFM 12000647
Achmea Schadeverzekeringen N.V. statutair gevestigd te Apeldoorn, KvK 08053410, AFM 12000606