

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

### 1 Uw toestemming

Voor een vergoeding uit de basisverzekering heeft u onze toestemming nodig. 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 van maandag tot en met vrijdag tussen 8.00 en 13.00 uur.

Nee. Vraag dan eerst toestemming aan via [Zilveren Kruis-app](#). Of bel met onze vervoerslijn op 071 365 41 54 (bereikbaar op maandag tot en met vrijdag tussen 8.00 en 13.00 uur)

### 2 Uw gegevens (als patiënt)

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

### 3 Poliklinische behandeldagen

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 de rekening van de overnachtingen mee met dit declaratieformulier.**

### 5 Uw ondertekening

Ik verklaar dat ik de vragen op dit formulier helemaal en goed heb ingevuld. Ik geef Zilveren Kruis 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 Zilveren Kruis rekeningen onderzoekt om fraude tegen te gaan.

Naar waarheid ingevuld?  Ja

Naam

Datum ondertekening  -  -

**Stuur dit declaratieformulier in via [zk.nl/mijnzk](https://www.zk.nl/mijnzk) of via de app van Zilveren Kruis.**

#### Liever via post toesturen?

Stuur dit declaratieformulier naar:  
Zilveren Kruis afdeling Declaratieservice  
Postbus 70001  
3000 KB Rotterdam

Wij verwerken uw persoonlijke gegevens volgens het privacystatement. Wilt u dit nalezen? Kijk op [zk.nl/privacy](https://www.zk.nl/privacy) van Zilveren Kruis. Hierin leest u hoe wij omgaan met uw persoonsgegevens en welke rechten u heeft.

Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. die statutair gevestigd is te Utrecht, KvK-nummer: 06088185 en geregistreerd is bij de AFM onder nummer 12000646 en Achmea Zorgverzekeringen N.V. is statutair gevestigd te Zeist, is geregistreerd bij de Kamer van Koophandel (KvK) onder nummer 28080300 en bij de AFM onder nummer 1200647