

1 Uw gegevens

Naam

Geboortedatum - -

Relatienummer

Telefoon mobiel

E-mailadres

2 Informatie over de behandeling

In welk land heeft u kosten gemaakt?

Wat is er gebeurd en welke medische zorg kreeg u?

3 Uw gemaakte kosten

Tip: Voorkom vertraging, stuur alle informatie mee die u ontving van uw zorgverlener. Stuur bij geplande zorg ook de verwijzing mee.

| Geboortedatum patiënt | Naam en soort zorgverlener (bijv. ziekenhuis/ huisarts/ apotheek) | Behandeldatum | Bedrag en munteenheid | Heeft u contact gehad met Eurocross? |
|--|---|--|-----------------------------|--|
| <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> | Valuta <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee |
| <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> | Bedrag <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> | Valuta <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee |
| <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> | Bedrag <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> | Valuta <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee |
| <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> | Bedrag <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> | Valuta <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee |
| <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> | Bedrag <input type="text"/> | |

4 Uw verklaring

Ik verklaar dat de informatie die ik gaf klopt. Ik heb geen belangrijke informatie geheimgehouden.

Datum - -

Declareer via 'Declaratie indienen' op www.zilverenkruis.nl. Of print dit formulier uit en stuur het op naar:
Zilveren Kruis, Afdeling Declaratieservice, Postbus 70001, 3000 KB Rotterdam