

Declaratieformulier Zorgkosten Buitenland

1 Mijn gegevens

Voorletter(s) Tussenvoegsel Achternaam
 Geboortedatum (DD/MM/JJJJ) Relatienummer (9 cijfers)
 Telefoonnummer E-mail adres

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		
Behandeldatum	Heeft u contact gehad met Eurocross?	Ja	Nee
Bedrag en munteenheid	Valuta	Bedrag	
Geboortedatum patiënt	Naam en soort zorgverlener		
Behandeldatum	Heeft u contact gehad met Eurocross?	Ja	Nee
Bedrag en munteenheid	Valuta	Bedrag	
Geboortedatum patiënt	Naam en soort zorgverlener		
Behandeldatum	Heeft u contact gehad met Eurocross?	Ja	Nee
Bedrag en munteenheid	Valuta	Bedrag	
Geboortedatum patiënt	Naam en soort zorgverlener		
Behandeldatum	Heeft u contact gehad met Eurocross?	Ja	Nee
Bedrag en munteenheid	Valuta	Bedrag	
Geboortedatum patiënt	Naam en soort zorgverlener		
Behandeldatum	Heeft u contact gehad met Eurocross?	Ja	Nee
Bedrag en munteenheid	Valuta	Bedrag	

4 Uw verklaring

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

Datum (DD/MM/JJJJ)

Print dit formulier uit en stuur het op naar:

De Friesland, Afdeling Declaratieservice, Postbus 270, 8901 BB Leeuwarden

Wij verwerken uw persoonlijke gegevens in overeenstemming met het privacystatement (defriesland.nl/privacy) van De Friesland. Hierin leest u hoe wij omgaan met uw persoonsgegevens en welke rechten u heeft.

De Friesland Zorgverzekeraar N.V., KvK 50884565 | Achmea Zorgverzekeringen N.V., KvK 28080300