

# Declaratieformulier geplande zorg in het buitenland

In te vullen door De Friesland Zorgverzekeraar

Behandeld door: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**DE FRIESLAND  
ZORGVERZEKERAAR**

Harlingertrekweg 53, 8913 HR Leeuwarden  
Telefoon (058) 291 31 31 [www.defriesland.nl](http://www.defriesland.nl)

## Uw gegevens in vertrouwde handen

Vraagt u een verstrekking of een vergoeding aan? Dan hebben wij uw gegevens nodig. Denk aan uw naam, adres en woonplaats, e-mailadres, telefoonnummer en bankrekeningnummer. Soms hebben wij ook meer gegevens van u nodig. Achmea B.V. is verantwoordelijk voor een goede verwerking van uw persoonsgegevens.

## Wilt u weten welke gegevens wij verwerken en waarvoor?

Kijk dan in ons Privacy Statement op [www.defriesland.nl](http://www.defriesland.nl). Daar leest u ook wat uw rechten zijn. En wanneer u bezwaar kunt maken tegen verwerking van uw gegevens. Wilt u ons Privacy Statement op papier ontvangen? Stuur dan een brief naar: De Friesland Zorgverzekeraar, Postbus 270, 8901 BB Leeuwarden.

## 1. Gegevens van de verzekeringsnemer

Achternaam	Man	Vrouw	
Voorletter(s)	Geboortedatum		
Straatnaam	Huisnummer		Toevoeging
Postcode	Plaatsnaam		
Telefoonnummer	IBAN		
BSN	Verzekerdnummer		
E-mailadres			

## 2. Overzicht medische kosten buitenland ► Originele nota's en betalingsbewijzen bijvoegen

a. Naam behandelde persoon	Geboortedatum	Behandeldatum	Naam arts/ziekenhuis	Soort behandeling	Kosten
----------------------------	---------------	---------------	----------------------	-------------------	--------

b. Toelichting op de gemaakte kosten (reden voor behandeling)

c. Welke op de voorzijde vermelde personen zijn in Nederland nog onder medische behandeling voor de genoemde aandoening(en)?

Naam verzekerde	Naam behandelend arts	Soort behandeling

d. Zijn de kosten betaald? Ja Nee

e. Zo ja, in welke valuta?

f. Heeft u een verwijzing? Ja\* Nee \*Zo ja, wilt u deze toevoegen aan dit declaratieformulier?

## 3. Verklaring en ondertekening

Verzekeringsnemer/gemachtigde:

- Verklaart dat de vragen op dit formulier naar waarheid zijn beantwoord;
- Hij/zij machtigt hierbij de adviserend geneeskundige van De Friesland Zorgverzekeraar alle inlichtingen in te winnen die voor het vaststellen van de vergoeding noodzakelijk zijn;
- Het is hem/haar bekend dat verzwijging van voor De Friesland Zorgverzekeraar belangrijke feiten of onjuiste/onvolledige invulling van het formulier ertoe kan leiden dat elk recht op vergoeding vervalt.

Datum

Plaatsnaam

Handtekening

Opslaan

Printen