

Declaratieformulier medische kosten 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

Belangrijk:

Voor een vlotte afhandeling van uw declaratie vragen wij u:

- (originele) nota's mee te sturen;
- duidelijk en gespecificeerd aan te geven welke kosten zijn gemaakt.

Onvolledige en onduidelijke invulling van het declaratieformulier en/of het ontbreken van nota's levert vertraging van de afhandeling van uw declaratie op. Heeft u ruimtegebrek, gebruik dan een bijlage.

1. Gegevens van de verzekeringsnemer

Achternaam	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw	
Voorletter(s)	Geboortedatum	
Straatnaam	Huisnummer	Toevoeging
Postcode	Plaatsnaam	
Telefoonnummer	Verzekernummer	
BSN	E-mailadres	

2. Vragen over uw verblijf in het buitenland

- Datum van vertrek
- Duur van de reis
- Reisdoel/Vakantiebestemming (land/plaats)
- Is er contact geweest met de De Friesland Alarmservice? Ja Nee, omdat

3. Overzicht medische kosten buitenland ► (Originele nota's en betalingsbewijzen bijvoegen)

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

► U dient ook de achterzijde van dit formulier in te vullen.

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

4. Vragen over de betaling

Heeft u de nota('s) zelf betaald? Ja Nee

Zo ja, in welke valuta?

De nota's zijn nog niet betaald:

- Ik regel zelf de betaling aan de buitenlandse zorgverlener, of
 Ik wil dat De Friesland aan de buitenlandse zorgverlener betaalt.

Let op! Een rechtstreekse betaling door De Friesland aan de buitenlandse zorgverlener is alleen mogelijk als op de nota een BIC en een IBAN rekeningnummer van de buitenlandse zorgverlener staat.

5. Ondertekening verzekerde c.q. wettelijk vertegenwoordiger

De ondergetekende verklaart:

- toestemming te geven aan de medisch adviseur van De Friesland om (indien nodig) alle inlichtingen op te vragen die noodzakelijk zijn met betrekking tot deze aanvraag.
- toestemming te geven aan de medisch adviseur van De Friesland om (indien nodig) medische informatie te delen met zorgaanbieders of leveranciers.
- bekend te zijn dat verzwijging van voor De Friesland belangrijke feiten of onjuiste/onvolledige invulling ertoe kan leiden dat elk recht op vergoeding vervalt.

Datum

Plaatsnaam

Handtekening

Enkele tips

- Maak altijd een kopie van uw declaratie voor uw eigen administratie.
- Online declareren? Dit kan met uw DigiD via MijnDeFriesland. Kijk voor meer informatie op www.defriesland.nl.

Opslaan

Printen