

Declaratieformulier overnachtingskosten bij poliklinische behandelcyclus

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.

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.

1 Uw gegevens (als patiënt)

Voorletter(s)	Tussenvoegsel	Achternaam
Geboortedatum	(DD/MM/JJJJ)	
Postcode	Huisnummer	Woonplaats
Telefoonnummer	(10 cijfers) Relatienummer	(9 cijfers)

2 Poliklinische behandeldagen

Naam en plaats instelling	Begindatum	Einddatum
---------------------------	------------	-----------

3 Uw overnachtingen

Naam en plaats instelling	Begindatum	Einddatum	Aantal	Totaalbedrag
---------------------------	------------	-----------	--------	--------------

4 Uw ondertekening

Ik verklaar dat ik de vragen op dit formulier helemaal en goed heb ingevuld. 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 (DD/MM/JJJJ)

Stuur dit formulier en de rekening van de overnachting(en) in via 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 in overeenstemming met het privacystatement (zk.nl/privacy) van Zilveren Kruis. Hierin leest u hoe wij omgaan met uw persoonsgegevens en welke rechten u heeft.