

Vul het formulier online in. Liever het formulier printen? Vul dan dit formulier helemaal in met zwarte pen in blokletters.
Met dit formulier vraagt u uw overnachtingskosten terug. Heeft u vragen als u dit formulier invult?
Dan bereikt u onze klantenservice op 033 422 81 88 van 08.30 tot 17.30 uur.

1 Uw toestemming

Heeft u toestemming aangevraagd voor alle reiskosten?

- Ja. U kunt verder met het invullen van dit declaratieformulier.
- Nee. Vraag eerst toestemming aan via prolife.nl/machtiging of bel met onze vervoerslijn op 071 365 41 54 (werkdagen tussen 8.00 en 20.00 uur en op zaterdag tussen 9.00 en 13.00 uur).

Moet u voor uw behandeling op 3 of meer aaneengesloten dagen van en naar een zorgverlener of zorgverlenende instelling reizen? Dan kunt u er voor kiezen om te overnachten in een gasthuis of (andere verblijfhuizen). Vraag dan toestemming aan voor uw overnachtingskosten.

2 Uw gegevens (als patiënt)

Naam													
Postcode								Huisnummer					
Woonplaats							Telefoon						
Relatienummer							Geboortedatum			-			
E-mailadres													

3 Poliklinische behandeldagen

Naam en plaats instelling	Begindatum	Einddatum

4 Uw overnachtingen

Naam en plaats overnachting	Begindatum	Einddatum	Aantal overnachtingen	Totaalbedrag

Let op! Stuur uw factuur van de overnachtingen mee met dit declaratieformulier.

5 Uw ondertekening

Ondergetekende verklaart het formulier naar waarheid te hebben ingevuld. Ik weet dat door een onjuiste/onvolledige invulling van het formulier of verzwijging van voor de verzekering(en) van belang zijnde feiten, de declaratie ongeldig kan worden verklaard. Met de ondertekening geef ik de zorgverzekeraar toestemming om zo nodig (medische) informatie op te vragen bij mijn behandelend arts/specialist voor de vaststelling van mijn declaratie. Ik geef aan mijn behandelend arts/specialist toestemming om deze (medische) informatie rechtstreeks aan mijn zorgverzekeraar te verstrekken. Ik bewaar mijn bonnen, reisoverzichten e.d. minimaal 3 jaar voor controle van mijn declaratie.

Ondertekeningsdatum - - Handtekening

Dien dit formulier bij voorkeur in via: www.prolife.nl/declareren

Liever via post indienen? Pro Life Zorgverzekeringen t.a.v. afdeling Declaratieservice
Stuur dit declaratieformulier Postbus 70001
in een envelop naar: 3000 KB Rotterdam

Wij verwerken uw persoonlijke gegevens in overeenstemming met het privacystatement (<https://www.prolife.nl/over-pro-life/Paginas/privacy-statement>) van Pro Life. Hierin leest u hoe wij omgaan met uw persoonsgegevens en welke rechten u heeft.