

Sla het formulier op voordat u begint met het invullen van het formulier. Vergeet niet uw handtekening op het formulier te zetten op de tweede pagina. Alleen volledig ingevulde én ondertekende formulieren nemen we in behandeling.

1 Uw toestemming

Heeft u toestemming gekregen voor deze overnachtingskosten?

Ja. U kunt verder met het invullen van dit declaratieformulier.

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.

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 patient)

Voorletter(s) Tussenvoegsel Achternaam
 Geboortedatum - - Man Vrouw
 Postcode Huisnummer Woonplaats
 Telefoonnummer Relatienummer

3 Poliklinische behandel dagen

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

4 Uw overnachtingen

Naam en plaats overnachting
 Begindatum - - Einddatum - -
 Aantal overnachtingen Totaalbedrag ,
 Naam en plaats overnachting
 Begindatum - - Einddatum - -
 Aantal overnachtingen Totaalbedrag ,
 Naam en plaats overnachting
 Begindatum - - Einddatum - -
 Aantal overnachtingen Totaalbedrag ,
 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.

Datum - -

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