

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.

1 Uw toestemming

Voor een vergoeding uit de basisverzekering heeft u onze toestemming nodig.
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 maandag tot en met vrijdag tussen 8.00 en 13.00 uur.

Nee. Vraag dan eerst toestemming aan via onze [Prolife-app](#). Of bel met onze vervoerslijn op 071 365 41 54
(bereikbaar op maandag tot en met vrijdag tussen 8.00 en 13.00 uur)

2 Uw gegevens (als patiënt)

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

3 Poliklinische behandeldagen

Naam en plaats instelling	Begindatum	Einddatum
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

4 Uw overnachtingen

Naam en plaats overnachting	Begindatum	Einddatum	Aantal	Totaalbedrag
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> , <input type="text"/>

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

5 Uw ondertekening

Ik verklaar dat ik de vragen op dit formulier helemaal en goed heb ingevuld. Ik geef Pro Life toestemming om informatie op te vragen die voor de beoordeling van vervoerskosten nodig zijn. Ik geef ook toestemming aan mijn behandelend arts/specialist om deze medische informatie direct aan mijn zorgverzekeraar te geven. Ik bewaar mijn bonnen en reisoverzichten minimaal 3 jaar voor controle van mijn rekeningen. Ik weet ook dat Pro Life rekeningen onderzoekt om fraude tegen te gaan.

Naar waarheid ingevuld? Ja

Naam

Datum ondertekening - -

Stuur dit formulier in via: prolife.nl/declareren

Liever via post toesturen?

Stuur dit declaratieformulier naar:
Pro Life Zorgverzekeringen afdeling Declaratieservice
Postbus 70001
3000 KB Rotterdam

Wij verwerken uw persoonlijke gegevens volgens het privacystatement (prolife.nl/privacy) van Pro Life Zorgverzekeringen.
Hierin leest u hoe wij omgaan met uw persoonsgegevens en welke rechten u heeft.

Pro Life verzekeringen worden uitgevoerd door
Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V., KvK 06088185
Achmea Zorgverzekeringen N.V., KvK 28080300