

Bezoekt iemand u in het ziekenhuis? En heeft hij of zij daarbij kosten gemaakt voor bezoek of verblijf? Vul het formulier online in. Liever het formulier printen? Vul dan dit formulier helemaal in met zwarte pen in blokletters. 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.

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 gegevens (als patient)

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

2 Uw bezoeker

Naam
 Geboortedatum - - Ouder/kind Broer/zus Partner Anders, namelijk

3 Indicatie gegevens

Let op! Vul deze velden per aaneengesloten opname op één locatie.

Eerste dag opname - - Laatste dag opname - - Nog steeds opgenomen
 Naam ziekenhuis Postcode+huisnr.

4 Vervoer van uw bezoek

	Datum bezoek	Postcode + huisnummer vertrek (van bezoeker)	Taxivervoer of eigen vervoer*	of	Openbaar vervoer**	Retourrit		
1	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
2	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
3	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
4	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
5	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
6	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
7	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
8	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
9	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
10	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
11	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
12	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
13	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
14	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
15	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		

* Kruis aan wanneer u met het taxivervoer of eigen vervoer hebt gereisd.

** Kruis aan wanneer u met het openbaar vervoer hebt gereisd.

Let op! Stuur de nota ('s) mee met dit declaratieformulier als u met de taxi hebt gereisd.

Wij bepalen op basis van de postcode van uw vertrekadres en uw bestemming het te vergoeden aantal kilometers. Wij doen dit op basis van de snelste route volgens de door ons gehanteerde routeplanner. Voor openbaar vervoer doen we de berekening op basis van 9292.nl. Meer informatie vindt u op www.prolife.nl/vervoer of kunt u bij ons opvragen.

Heeft u nog boot-, tunnel- of toelkosten gemaakt? Nee Ja, totaalbedrag van deze kosten:

Parkeerkosten of overige kosten betalen wij niet.

Bedrag van 1 heenrit + terugrit openbaar vervoer per persoon

5 Overnachting van uw bezoek

Naam en plaats overnachting

Begindatum - - Einddatum - -

Aantal overnachtingen Totaalbedrag ,

Naam en plaats overnachting

Begindatum - - Einddatum - -

Aantal overnachtingen Totaalbedrag ,

Let op! Stuur de nota ('s) van het verblijf mee met dit declaratieformulier.

6 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