

Sla het formulier op voordat u begint met het invullen van het formulier. Vergeet niet de rubriek ondertekening in te vullen op deze pagina. Alleen volledig ingevulde én ondertekende formulieren kunnen we beoordelen.

Reist u zelf voor een behandeling of consult? **Ja**, ga verder met invullen bij rubriek 1.

Gaat u op bezoek bij iemand die is opgenomen in het ziekenhuis? **Ja**, ga verder met invullen bij rubriek 2.

1 Uw toestemming

Heeft u toestemming van ons gekregen voor de bijbehorende reiskosten die u heeft gemaakt?

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

Nee. Stuur deze kosten nog niet in. 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).

2 Uw gegevens (als patiënt)

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

3a Uw reisgegevens

Vul alle velden in! Van ritten die nog niet gemaakt zijn, kunt u nog niet het geld terugvragen. En gebruik per bestemming en per kalenderjaar een apart formulier.

In welk jaar heeft u de kosten gemaakt? Naam instelling
Vertrekadres Adres bestemming
Postcode Huisnr. Postcode Huisnr.
Plaats Plaats

3b Vul hieronder de begin- en einddatum van de periode en het bedrag in, voor uw gemaakte boot- of tunnelkosten

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"/>

Wij berekenen op basis van de postcode van uw vertrekadres en uw bestemming het bedrag.

4 Uw ondertekening

Ik verklaar dat ik de vragen op dit formulier volledig, goed en naar waarheid heb beantwoord. Ik geef Pro Life toestemming om alle informatie te krijgen die voor het geven van vergoeding voor 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, reisoverzichten enzovoort minimaal 3 jaar voor controles van mijn declaratie. Ik weet ook dat Pro Life declaraties onderzoekt om fraude te voorkomen.

Naar waarheid ingevuld? Ja

Naam

Datum - -

Heeft u vragen als u dit formulier invult? Onze medewerkers staan voor u klaar. Ze helpen u graag. Bel onze Klantenservice: 033 422 81 88. We zijn er van maandag tot en met vrijdag van 8.30 tot 17.30 uur.

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 Zorgverzekering N.V., KvK 28080300