

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 de vervoerskosten van en naar uw zorgverlener 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 deze reiskosten?

- Ja. U kunt verder met het invullen van dit declaratieformulier.
- Nee. Declareer deze kosten nog niet. 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)

Naam	<input type="text"/>			
Postcode	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Huisnummer	<input type="text"/>
Woonplaats	<input type="text"/>		Telefoon	<input type="text"/>
Relatienummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Geboortedatum	<input type="text"/>
E-mailadres	<input type="text"/>			

3a Uw reisgegevens

Vul alle velden in! Onvolledige formulieren en ritten die nog niet gemaakt zijn, verwerken wij niet. Gebruik per bestemming en per kalenderjaar een nieuw formulier.

In welk jaar zijn de kosten gemaakt?	<input type="text"/>	Naam instelling	<input type="text"/>
Vertrekadres	<input type="text"/>	Adres bestemming	<input type="text"/>
Postcode + huisnr.	<input type="text"/>	Postcode + huisnr.	<input type="text"/>
Plaats	<input type="text"/>	Plaats	<input type="text"/>

Vanuit welke categorie heeft u een machtiging?

<input type="checkbox"/> Ik reis voor radio-, immuun- of chemotherapie	<input type="checkbox"/> Ik reis voor nierdialyse
<input type="checkbox"/> Ik heb een visuele beperking	<input type="checkbox"/> Ik ben rolstoelafhankelijk
<input type="checkbox"/> Ik reis voor geriatrische revalidatiezorg	
<input type="checkbox"/> Ik heb een machtiging vanuit de hardheidsclausule	
<input type="checkbox"/> Ik reis als donor (gever)	
<input type="checkbox"/> Ik reis voor intensieve kindzorg (U heeft hiervoor geen toestemming nodig, stuurt u de IKZ-indicatie mee)	

3b U geeft de gereden rit(ten) aan die u nu wilt declareren. Dit geldt niet voor toekomstige ritten.

Nr.	Datum van rit (DD-MM-JJJJ)	Soort behandeling	U maakte de rit voor een poliklinisch bezoek, een dagbehandeling, een opname/ontslag of weekendverlof?	Retourrit
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
14	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
15	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

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. Meer informatie vindt u op www.prolife.nl/vervoer of kunt u bij ons opvragen.

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

Parkeerkosten of overige kosten betalen wij niet.

4 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.

Ondertekeningdatum - -

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