

Sla het formulier op voordat u begint met het invullen van het formulier. Vergeet niet de rubriek ondertekening in te vullen op de 2e pagina. Alleen volledig ingevulde én ondertekende formulieren kunnen we beoordelen.

1 Uw toestemming

Heeft u toestemming gekregen voor deze reiskosten?

- Ja.** U kunt verder met het invullen van dit declaratieformulier. Houd uw toestemmingsbrief bij de hand. De gegevens in de brief heeft u nodig.
- 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.
Gebruik per bestemming en per kalenderjaar een apart formulier.

In welk jaar heeft u de kosten gemaakt?

Naam instelling

Vertrekadres

Postcode Huisnummer Plaats

Adres bestemming

Postcode Huisnummer Plaats

Vul de prestatiecode uit de toestemmingsbrief hier in Vul de zescijferige code in.

3b Vul hieronder de ritten in waarvoor u uw gemaakte reiskosten terugvraagt.

Reist u meer dan 1 keer per dag heen en weer en heeft u hiervoor toestemming?
Vul dan de datum 2 keer in op het formulier en kruis het vakje retourrit aan.

Nr.	Datum van rit (DD-MM-JJJJ)	Soort behandeling **	Opname / Ontslag	Weekendverlof	Retourrit
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja*	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja*	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja*	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja*	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja*	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja*	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja*	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja*	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja*	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja*	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja*	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja*	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja*	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
14	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja*	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
15	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja*	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

*Alleen invullen bij een opname langer dan 24 uur.

** Vul hier welk soort behandeling u ondergaat. Het is niet nodig om medische informatie over de behandeling te vermelden.

Wij berekenen op basis van de postcode van uw vertrekadres en uw bestemming het aantal kilometers dat u vergoed krijgt. Wij kiezen altijd de snelste route volgens de routeplanner die wij gebruiken. Meer informatie vindt u op prolife.nl/vervoer of kunt u bij ons opvragen.

Heeft u nog bootkosten gemaakt? Ja. Gebruik hiervoor dan het speciale declaratieformulier boot- en tunnelkosten.

Parkeerkosten of overige kosten betalen wij niet.

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 insturen?

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