

Vul het formulier online in. Liever het formulier eerst 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 (071) 751 00 51 van 08.00 tot 18.00 uur.

Tegemoetkomingskosten voor thuisbeademing worden per 01-01-2019 vergoed.
Declareer uw tegemoetkomingskosten voor thuisbeademing na elk kwartaal.

1 Uw gegevens (als patient)

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

2 Uw behandeling

| | | | |
|-----------------|----------------------|------------------|----------------------|
| Naam ziekenhuis | <input type="text"/> | Postcode+huisnr. | <input type="text"/> |
|-----------------|----------------------|------------------|----------------------|

Let op! Vul per kwartaal een nieuw formulier in

Welk kwartaal declareert u?

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1e kwartaal (1 januari t/m 31 maart) | <input type="checkbox"/> 3e kwartaal (1 juli t/m 30 september) |
| <input type="checkbox"/> 2e kwartaal (1 april t/m 30 juni) | <input type="checkbox"/> 4e kwartaal (1 oktober t/m 31 december) |

| | |
|--|--|
| Welke vorm van thuisbeademing heeft u? | Vanaf welke datum krijgt u thuisbeademing? |
| <input type="checkbox"/> Gemiddeld gebruik (tot 16 uur per dag) | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Intensief gebruik (17 uur tot 24 uur per dag) | |

Heeft u in het opgegeven kwartaal langer dan 1 dag achtereen in het ziekenhuis gelegen?

Ja Nee

In welke periode heeft u in het ziekenhuis gelegen?

- - t/m - -

Toelichting

3 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.

| | | | |
|---------------------|----------------------|--------------|----------------------|
| Ondertekeningsdatum | <input type="text"/> | Handtekening | <input type="text"/> |
|---------------------|----------------------|--------------|----------------------|

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 |

Wij verwerken uw persoonlijke gegevens in overeenstemming met het privacystatement (www.prolife.nl/over-pro-life/Paginas/privacy-statement.aspx) van Pro Life Zorgverzekeringen. Hierin leest u hoe wij omgaan met uw persoonsgegevens en welke rechten u heeft.