

**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 20.00 uur en op zaterdag van 08.00 tot 13.00 uur.**

Tegemoetkomingskosten voor thuisbeademing worden per 01-01-2019 vergoed.

Declareer uw tegemoetkomingskosten voor thuisbeademing na elk kwartaal.

### 1 Uw gegevens (als patient)

Voorletter(s)  Tussenvoegsel  Achternaam

Geboortedatum  -  -   Man  Vrouw

Straatnaam  Huisnr.     Toevoeging

Postcode       Woonplaats  Land

Telefoon privé         Telefoon mobiel

Relatienummer         E-mailadres

### 2 Uw behandeling

Naam ziekenhuis  Postcode+huisnr.

Let op! Vul per kwartaal een nieuw formulier in.

Welk kwartaal declareert u?  1e kwartaal (1 januari t/m 31 maart)  2022  2021  2020  2019  
 2e kwartaal (1 april t/m 30 juni)  2022  2021  2020  2019  
 3e kwartaal (1 juli t/m 30 september)  2022  2021  2020  2019  
 4e kwartaal (1 oktober t/m 31 december)  2022  2021  2020  2019

Welke vorm van thuisbeademing heeft u? Vanaf welke datum krijgt u thuisbeademing?

Gemiddeld gebruik (tot 16 uur per dag)   -   -

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   -   -

-   -    t/m   -   -

-   -    t/m   -   -

### 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.

Naar waarheid ingevuld?  Ja

Naam

Datum   -   -

**Dien dit formulier bij voorkeur in via: [www.prolife.nl/declareren](http://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 privacy statement [www.prolife.nl/over-pro-life/Paginas/privacy-statement.aspx](http://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.