Declaratieformulier bezoek- en verblijfkosten voor alle bezoekers

PRO LIFE zorgverzekeringen

Vul dit formulier helemaal in met blauwe of zwarte pen en in blokletters

Bezocht uw gezinslid u in het ziekenhuis? En heeft hij of zij daarbij kosten gemaakt voor bezoek of verblijf? Vul dan dit formulier in. 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 gegevens (als patient)

Naam

Postcode

Huisnummer

Woonplaats

Telefoon

Relatienummer

Geboortedatum - -

E-mailadres

2 Uw bezoeker

Naam

Geboortedatum - -

Wie is uw bezoeker ☐ Ouder/kind ☐ Broer/zus ☐ Partner ☐ Anders, namelijk

3 Uw opname

Let op! *Vul deze velden per aaneengesloten opname op één locatie.*

Eerste dag opname - -

Laatste dag opname - -

Naam ziekenhuis

Postcode+huisnr.

4 Vervoer van uw bezoek

Datum bezoek	Postcode vertrek	Taxivervoer of eigen vervoer Vul hier het aantal KM's per dag	of	Openbaar vervoer Kruis aan wanneer u met het openbaar vervoer hebt gereisd
-	-			☐
-	-			☐
-	-			☐
-	-			☐
-	-			☐
-	-			☐
-	-			☐
-	-			☐
-	-			☐
-	-			☐

5 Overnachting van uw bezoek

Naam en plaats overnachting	Begindatum	Einddatum	Aantal overnachtingen	Totaal bedrag
	-	-		,
	-	-		,

6 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 ondertekening geef ik toestemming om zo nodig gegevens op te vragen bij mijn behandelend arts/specialist voor de vaststelling van uw declaratie.
Ik bewaar mijn bonnen, reisoverzichten e.d. minimaal 3 jaar, ter inzage voor controle van mijn declaratie.

Ondertekeningsdatum - -

Handtekening

Dien dit formulier bij voorkeur in via: www.prolife.nl/declareren

Liever via post indienen?
Stuur dit declaratieformulier in een envelop naar:

Pro Life Zorgverzekeringen t.a.v. afdeling Declaratieservice
Postbus 70001
3000 KB Rotterdam