Declaratieformulier bezoek- en verblijfkosten voor alle bezoekers

PRO LIFE zorgverzekeringen

Bezocht uw gezinslid u in het ziekenhuis? En heeft hij of zij daarbij kosten gemaakt voor bezoek of verblijf? 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 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 (van bezoeker)	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	Retour
-	-			☐	☐ Ja ☐ Nee
-	-			☐	☐ Ja ☐ Nee
-	-			☐	☐ Ja ☐ Nee
-	-			☐	☐ Ja ☐ Nee
-	-			☐	☐ Ja ☐ Nee
-	-			☐	☐ Ja ☐ Nee
-	-			☐	☐ Ja ☐ Nee
-	-			☐	☐ Ja ☐ Nee
-	-			☐	☐ Ja ☐ Nee
-	-			☐	☐ Ja ☐ Nee

5 Overnachting van uw bezoek

Naam en plaats overnachting	Begindatum	Einddatum	Aantal overnachtingen	Totaalbedrag
	-	-		,
	-	-		,

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 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 - -

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