

Sla het formulier op voordat u begint met het invullen van dit formulier. Vergeet niet de ondertekening in te vullen op deze pagina. Alleen volledig ingevulde en ondertekende formulieren nemen we in behandeling.

### 1 Uw verklaring

Heeft u een verklaring gekregen voor deze behandeling van uw behandelend specialist?

- Ja.** Stuur deze verklaring mee met dit declaratieformulier. U kunt verder met het invullen van dit declaratieformulier.
- Nee.** Vraag dan eerst uw verklaring op bij uw behandelend specialist. Stuur deze verklaring mee met dit declaratieformulier.

### 2 Uw gegevens (als patiënt)

Voorletter(s)  Tussenvoegsel  Achternaam   
Geboortedatum  -  -   Man  Vrouw  
Postcode      Huisnummer     Woonplaats   
Telefoonnummer         Relatienummer

### 3 Gegevens ziekenhuis

Naam ziekenhuis   
Postcode      Huisnummer     Woonplaats   
Opnamedatum   -   -

### 4 Uw overnachtingen

Naam en plaats verblijf	Begindatum	Einddatum	Nachten	Totaalbedrag
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>

**Let op!** Stuur de rekening van de overnachtingen mee met dit declaratieformulier.

### 5 Uw ondertekening

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 op 058 291 31 31 op werkdagen tussen 08.00 en 18.00 uur.

Stuur dit formulier in via: [mijndefriesland.nl](https://mijndefriesland.nl)

#### Liever via post toesturen?

Stuur dit declaratieformulier naar:  
Pro Life Zorgverzekeringen  
afdeling Declaratieservice  
Postbus 270  
8901 BB Leeuwarden

Wij verwerken uw persoonlijke gegevens in overeenstemming met het [privacystatement](#) van De Friesland. Hierin leest u hoe wij omgaan met uw persoonsgegevens en welke rechten u heeft.

De Friesland Zorgverzekeraar N.V., KvK 50884565 | Achmea Zorgverzekeringen N.V., KvK 28080300