

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"/>

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 08.30 en 18.00 uur.

Stuur dit formulier in via: 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