

Verzoek tot overname hulpmiddel

Dit formulier dient ingevuld te worden door uw vorige zorgverzekeraar of de leverancier

Gegevens verzekerde

Relatienummer: _____
Naam verzekerde: _____
Adres en postcode: _____
Telefoonnummer: _____
Geboortedatum: _____
Ingangsdatum overname: _____

Hulpmiddel 1

Omschrijving: _____
Aanschafdatum: _____
Aanschafprijs: _____
Naam leverancier: _____
Is het hulpmiddel individueel aangepast? ja nee
Restwaarde: € _____

Hulpmiddel 2

Omschrijving: _____
Aanschafdatum: _____
Aanschafprijs: _____
Naam leverancier: _____
Is het hulpmiddel individueel aangepast? ja nee
Restwaarde: € _____

Hulpmiddel 3

Omschrijving: _____
Aanschafdatum: _____
Aanschafprijs: _____
Naam leverancier: _____
Is het hulpmiddel individueel aangepast? ja nee
Restwaarde: € _____

Hulpmiddel 4

Omschrijving: _____
Aanschafdatum: _____
Aanschafprijs: _____
Naam leverancier: _____
Is het hulpmiddel individueel aangepast? ja nee
Restwaarde: € _____

Gegevens vorige verzekeraar

Naam vorige zorgverzekeraar: _____
Datum: _____
Handtekening zorgverzekeraar / leverancier: _____