



Verzoek tot overname hulpmiddel

Formulier dient ingevuld te worden door uw vorige zorgverzekeraar of leverancier hulpmiddelen.

Gegevens verzekerde

Relatienummer:
Naam verzekerde:
Adres:
Postcode / woonplaats:
Telefoonnummer:
Geboortedatum:
Ingangsdatum overname :

Hulpmiddel 1

Omschrijving:
Aanschafdatum:
Aanschafprijs:
Naam leverancier:
Is het hulpmiddel individueel aangepast? Ja / Nee* * Doorhalen wat niet van toepassing is

Hulpmiddel 2

Omschrijving:
Aanschafdatum:
Aanschafprijs:
Naam leverancier:
Is het hulpmiddel individueel aangepast? Ja / Nee* * Doorhalen wat niet van toepassing is

Hulpmiddel 3

Omschrijving:
Aanschafdatum:
Aanschafprijs:
Naam leverancier:
Is het hulpmiddel individueel aangepast? Ja / Nee* * Doorhalen wat niet van toepassing is

Hulpmiddel 4

Omschrijving:
Aanschafdatum:
Aanschafprijs:
Naam leverancier:
Is het hulpmiddel individueel aangepast? Ja / Nee* * Doorhalen wat niet van toepassing is

Naam vorige zorgverzekeraar:
Datum:

Handtekening
zorgverzekeraar / leverancier:
