



Om de afhandeling van de aanvraag zo snel mogelijk te kunnen beoordelen vragen we u het formulier zo volledig mogelijk in te vullen.



Gegevens verzekerde

Voorletter(s) en achternaam:
Geboortedatum: Relatienummer:
Straat en huisnummer:
Postcode en woonplaats:
Telefoonnummer:

Omschrijving aangevraagde behandeling, therapievorm of hulpmiddel:

.....
.....
.....

Betreft het een herhalingsaanvraag: ja / nee* Datum laatste verstrekking:

(indien ja dan ook onderstaande vragen invullen)

Verklaring (huis)arts/specialist/:

(Let op: voor een aantal verstrekkingen zijn nadere voorwaarden gesteld met betrekking tot de aanvraagprocedure. Raadpleeg hiervoor uw polisvoorwaarden).

[] (huis)arts:

[] specialist:

Plaats:

Naam ziekenhuis (indien van toepassing):

Telefoonnummer praktijk:

Naam contactpersoon:

Telefoonnummer contactpersoon:

Medische diagnose/indicatie:

(in te vullen door de behandelend arts/specialist)

.....
.....
.....
.....
.....

* aankruisen wat van toepassing is



Aanvraag hulpmiddel:

Welke beperkingen dienen door het hulpmiddel opgeheven te worden?

.....

.....

.....

.....

indien van toepassing: waarom dient het hulpmiddel vervangen te worden?

.....

.....

.....

.....



Ik verklaar dat de aan de ommezijde genoemde verzekerde bekend is met toepassing van de aangevraagde hulpmiddelen en dat bij gebruik een verbetering kan worden bereikt die niet op eenvoudigere wijze te verkrijgen is.

Stempel behandelend arts:

.....

Handtekening behandelend arts:

.....

Datum:

.....

Ondertekening:

Ondertekening door verzekerde of wettelijke vertegenwoordiger.

Ondergetekende verklaart hierbij geen bezwaar te hebben tegen het gebruiken van de gegevens die in dit aanvraagformulier zijn vermeld. Deze gegevens worden door de zorgverzekeraar gebruikt voor het beoordelen van uw aanvraag en het uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst. Deze gegevens kunnen worden gebruikt ten behoeve van het geven van opdrachten aan zorgverleners voor het vervaardigen en/of leveren van passende en juiste hulpmiddelen.

Verder verklaart ondergetekende er geen bezwaar tegen te hebben dat de zorgverzekeraar ten behoeve van het verstrekken van de hulpmiddelen zo nodig aanvullende informatie bij behandelend (huis)arts, specialist kan opvragen. Deze gegevens worden voor geen andere doelen aangewend dan hierboven omschreven.

Datum:

.....

Handtekening verzekerde of wettelijke vertegenwoordiger:

.....



Dit formulier kunt u sturen naar CZ, Postbus 90152, 5000 LD Tilburg.

Hebt u vragen? Dan kunt u contact opnemen met de CZ Klantenservice, telefoonnummer 088 555 77 77.