

Verzoek tot overname hulpmiddel

Dit formulier dient ingevuld te worden door jouw 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:

Dit formulier kan je mailen naar: Zorg.declaraties@ditzo.nl of opsturen naar Ditzo, Postbus 2072, 3500 HB Utrecht