

Overname hulpmiddelen

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



Verzekerdengegevens

Relatienummer: _____
Voorletters: _____ Tussenvoegsel: _____ Achternaam: _____
Geboortedatum: _____ de heer mevrouw
Adres: _____
Postcode: _____ Woonplaats: _____
Telefoonnummer 1: _____ Telefoonnummer 2: _____
E-mail: _____
Ingangsdatum overname: _____

Hulpmiddel 1

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

Hulpmiddel 2

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

Hulpmiddel 3

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

Hulpmiddel 4

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



Naam vorige zorgverzekeraar: _____
Datum: _____

Handtekening zorgverzekeraar/leverancier: _____



Dit formulier kunt u sturen naar declaraties@pzp.nl of per post: **PZP, afdeling Declaraties PZP, Postbus 4322, 5004 JH Tilburg.**
Hebt u vragen? Dan kunt u contact opnemen met de afdeling Declaraties PZP, telefoonnummer **(013) 593 81 00.**