



OVERSTAPFORMULIER TOTAL CARE

Vul dit formulier in wanneer u wilt overstappen van leverancier

GEGEVENS VERZEKERDE

Voorletters:

Achternaam:

Geboortedatum:

BSN:

Postcode:

Woonplaats:

E-mailadres:

Telefoonnummer:

Polisnummer:

Zorgverzekeraar:

Datum start gebruik CPAP:

Datum overstap:

Datum laatste levering toebehoren:

IN TE VULLEN DOOR HUIDIGE LEVERANCIER

Eigendomsapparaat

Leaseapparaat

Type/merk apparaat:

Instellingen apparaat:

Type masker:

Reden van overstap:

Handtekening huidige leverancier:

Handtekening nieuwe leverancier:

Handtekening patiënt:

Datum:

Plaats:*

Datum:

Plaats:*

Datum:

Plaats:*

Verzekerde geeft de nieuwe leverancier toestemming om het dossier op te vragen bij de huidige leverancier. Indien de verzekerde hier geen toestemming voor geeft dient de verzekerde dit zelf op te vragen bij de huidige leverancier en door te sturen naar die nieuwe leverancier. Pas na ontvangst van het dossier kan de overstap worden verwerkt.

Verzekerde geeft wel toestemming

Verzekerde geeft geen toestemming