

Document A1

Verzoekformulier

Verzekerde

Naam :
Adres :
Woonplaats :
Geboortedatum :
BSN-nummer :
Polisnummer :
Verzekeringsmaatschappij :

Verklaart een behandeling aan te gaan voor medisch specialistische zorg bij Revacare, AGB-code 22-227186.

Verzekerde verzoekt zijn/haar verzekeringsmaatschappij de hem/haar toekomstige vergoeding van de gemaakte behandelkosten uit te betalen aan Revacare B.V., gevestigd aan de Hoofdstraat 189, 3971KL te Driebergen-Rijsenburg.

Door deze betaling zal de verzekeringsmaatschappij aan haar verplichtingen jegens verzekerde in verband met het uitbetalen van het verzekerde gedeelte van de medisch specialistische behandeling hebben voldaan. Verzekerde verleent de verzekeringsmaatschappij volledige en algemene kwijting.

Verzekerde verklaart een jaarlijks eigen risico te dragen bij zijn/haar zorgverzekeraar en stemt in met de verrekening van dit bedrag met de betreffende declaratie.

Cessie

Verzekerde draagt hierbij aan Revacare over, gelijk Revacare hierbij aanvaardt, alle vorderingen van verzekerde op zijn/haar zorgverzekeraar uit hoofde van de in aanhef vermelde verzekeringspolis in verband met de door of namens Revacare verleende en nog te verlenen zorg in het huidige revalidatietraject.

Verzekerde staat in voor zijn/haar beschikkingsbevoegdheid. Aan verzekerde zijn geen feiten en/of omstandigheden bekend op grond waarvan de zorgverzekeraar niet tot uitkering zou overgaan. Van deze cessie zal mededeling worden gedaan aan de zorgverzekeraar van verzekerde. Verzekerde geeft Revacare onherroepelijk volmacht om deze mededeling zelfstandig te doen.

Verzekerde:

Datum:
Naam:
Handtekening:

Revacare:

Datum:
Naam:
Handtekening: