

Vul zelf je persoonsgegevens in en laat vervolgens jouw behandelend arts zijn/haar onderdeel invullen.  
Kijk goed of alles is ingevuld en of de handtekeningen van jezelf en jouw behandelend arts erop staan.  
**Wij nemen alleen volledig ingevulde en ondertekende formulieren in behandeling.**

**GRAAG INVULLEN IN BLOKLETTERS****Gegevens verzekerde****Persoonsgegevens verzekeringnemer**

Naam verzekerde	BSN-nummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adres	Huisnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postcode	Woonplaats
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefoonnummer	E-mailadres
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Klantnummer	Geboortedatum
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw

Jouw gegevens gebruiken wij alleen voor deze aanvraag. Voor meer informatie verwijzen wij je naar ons privacybeleid op onze website.

**Privacy****In te vullen door verzekerde**

Het kan zijn dat wij één van onze gecontracteerde zorgaanbieders vragen jouw aanvraag te beoordelen.

**Ga je akkoord?** Kruis dan onderstaand vakje aan en plaats jouw handtekening.

<input type="checkbox"/> Ik ga AKKOORD met het verstrekken van mijn gegevens aan een gecontracteerde zorgaanbieder.	Datum	Handtekening
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>

Wil je niet dat wij jouw aanvraag doorsturen? Leg jouw aanvraag dan zelf voor aan één van onze gecontracteerde zorgaanbieders.  
Een gecontracteerde zorgaanbieder vindt je via onze website: [www.zekur.nl/zorgadvies/vergelijk-en-kies](http://www.zekur.nl/zorgadvies/vergelijk-en-kies)

**Hulpmiddelen****In te vullen door  
behandelend arts**

Omschrijving/gewenste voorziening of hulpmiddel:

Positie hulpmiddel:

  Links  Rechts

Kruis aan wat van toepassing is:

 1ste voorziening  Herhalingsaanvraag  reparatie / aanpassing

Indicatie/diagnose:

Ingangsdatum

Einddatum (mits van toepassing)

Ongeval?:

Nee  Ja, toelichting:

Nadere gegevens:

Stuurt u een aparte verwijzing mee?  Nee  Ja

### Gegevens zorgaanbieder

In te vullen door  
behandelend arts

Naam

Adres

Huisnummer

Postcode

Woonplaats

Individuele AGB code

Handtekening of stempel

Ingangsdatum

### Gegevens leverancier

Naam

Adres

Huisnummer

Postcode

Woonplaats

AGB code

Handtekening of stempel

Ingangsdatum

### Versturen

Is alles correct en volledig ingevuld? Stuur dan het Aanvraagformulier Toestemming naar:

**ZEKUR**

**Toestemming**

**Postbus 25150**

**5600 RS Eindhoven**