

AANVRAAGFORMULIER MACTHIGING

Persoonsalarmering

(in te vullen door de behandelend arts)

Delta Lloyd Zorgverzekering NV

ONDERDEEL

Zorgverzekeringen

1 GEGEVENS PATIËNT

Naam en voorletter(s)

Geboortedatum

man

vrouw

Straat en huisnummer

Postcode en woonplaats

Relatienummer

2 VERKLARING ARTS

a Wat is de medische indicatie (ziektebeeld) voor het aanvragen van een persoonsalarmering

b Is verzekerde gedurende een langere tijd op zichzelf aangewezen

ja

nee

c Bestaat er een risico dat verzekerde, gezien het ziektebeeld, in een noodsituatie terecht zal komen door (aankruisen wat van toepassing is)

vallen

wegraken

benauwdheid

d Is te verwachten dat verzekerde in een noodsituatie de telefoon zelfstandig kan bedienen

ja

nee

e Is er sprake van een medische indicatie die is ontstaan als gevolg van een ongeval

ja

nee

3 Naam behandelend arts

Datum:

Stempel/handtekening

Het volledig ingevulde formulier kunt u sturen naar:

Delta Lloyd Zorgverzekering NV
t.a.v. Team machtigingen & verhaalszaken
Postbus 29677, 2502 LR Den Haag
Onder vermelding van 'medisch geheim'