

TOESTEMMINGSVERKLARING WERKNEMER Werkgeverszorgverzekering

WERKNEMER

Naam + voorletters

Geboortedatum

Polisnummer

Naam zorgverzekeraar

Naam werkgever

Uw werkgever heeft een Werkgeverszorgverzekering bij de Zorgverzekeraar gesloten. Voor de uitvoering van deze verzekering is het nodig dat uw werkgever gegevens van u aan de Zorgverzekeraar geeft. Daarvoor vragen wij u met dit formulier om toestemming.

Ik ga met het volgende akkoord:

- Mijn werkgever verwerkt en verstrekt (persoons)gegevens van mij aan de Zorgverzekeraar voor zover die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de Werkgeverszorgverzekering.
- Ik geef mijn werkgever alle informatie en bied hulp om verhaal op een mogelijke derde mogelijk te maken. Ik draag hiervoor zo nodig een vordering aan mijn werkgever over. Mijn werkgever geeft de betreffende informatie en hulp aan de Zorgverzekeraar. Ook draagt mijn werkgever zo nodig een vordering over aan de Zorgverzekeraar.
- Ik maak geen afspraken of ga geen overeenkomsten aan met derden, waaronder verzekeraars, die de Zorgverzekeraar in zijn verhaalsmogelijkheden benadeelt of kan benadelen.
- Voor de zorgvormen waarvoor bij de Werkgeverszorgverzekering zorgadvies en akkoordverklaring bij de Zorgverzekeraar moet worden gevraagd, mag mijn werkgever deze zorgadvisering en akkoordverklaring namens mij bij de Zorgverzekeraar aanvragen. Hierbij wordt, als het om bedrijfspsychologie of bedrijfsfysiotherapie gaat, ook een behandelplan overgelegd als de behandeling langer dan 12 weken duurt.
- De zorgverlener dient de gespecificeerde rekening voor de kosten van de zorg die verzekerd zijn, in bij mijn werkgever. Mijn werkgever dient de rekening vervolgens bij de Zorgverzekeraar in.

Ik ben niet verplicht de hierboven genoemde toestemming te verlenen. Ik kan deze ook altijd weer intrekken. Eventuele kosten van zorg voor mij worden, bij ontbreken van de vereiste toestemming, niet vergoed op grond van de Werkgeverszorgverzekering.

PLAATS	DATUM	HANDEKENING WERNEMER