

Deze zorgovereenkomst kunt u gebruiken voor het maken van afspraken met een informele zorgverlener. Om vast te stellen of een zorgverlener een informele zorgverlener of een formele zorgverlener is, gebruiken we de volgende definitie:

Informele zorgverlener

Onder informele zorgverleners vallen zorgverleners die:

- een partner, bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad is en/of;
- niet is ingeschreven als verpleegkundige (niveau 4 of 5) in het register, bedoeld in art. 3 van de wet BIG, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg en/of;
- geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de SBI codes 86, 87 of 88 staan geregistreerd als zorg verlenende organisatie in het Handelsregister. Zie ook artikel 7.2 in het Reglement Zorgverzekeringswet Persoonsgebonden Budget (Zvw-pgb) ingangsdatum 2019.

1 Verzekerde

Voorletter(s)	<input type="text"/>	Tussenvoegsel	<input type="text"/>	Achternaam	<input type="text"/>										
Geboortedatum	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>							
Straatnaam	<input type="text"/>			Huisnr.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Toevoeging	<input type="text"/>						
Postcode	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Woonplaats	<input type="text"/>									
Telefoon (overdag)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Telefoon mobiel	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Relatienummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wat is uw rekeningnummer (IBAN)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2 De wettelijk vertegenwoordiger. Alleen invullen als de verzekerde een wettelijk vertegenwoordiger heeft

Dit hoeft u alleen in te vullen als de persoon genoemd onder deel 1 een wettelijk vertegenwoordiger heeft. Een wettelijk vertegenwoordiger is één van de ouders (voor een persoon jonger dan 18 jaar), een voogd, curator, mentor of bewindvoerder.

Voorletter(s)	<input type="text"/>	Tussenvoegsel	<input type="text"/>	Achternaam	<input type="text"/>										
Geboortedatum	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>							
Straatnaam	<input type="text"/>			Huisnr.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Toevoeging	<input type="text"/>						
Postcode	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Woonplaats	<input type="text"/>									
Telefoon (overdag)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Telefoon mobiel	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Of indien bewindvoerder een organisatie is

Naam organisatie	<input type="text"/>	Kvk organisatie	<input type="text"/>
------------------	----------------------	-----------------	----------------------

Wat is uw relatie tot de verzekerde

- De verzekerde is jonger dan 18 jaar.
- Ik ben dus verantwoordelijk als Vader Moeder Voogd
- Ik ben benoemd tot bewindvoerder, curator of mentor.

U moet een uitspraak van de rechtbank kunnen overleggen als Pro Life Zorgverzekeringen u hier om vraagt.

3 De zorgverlener

Naam zorgverlener

Burgerservicenummer

Straatnaam Huisnr. Toevoeging

Postcode Woonplaats

Wat is uw rekeningnummer (IBAN)

Telefoon (overdag)

Wat is uw relatie tot de verzekerde?

4 De werkzaamheden *(U kunt meerdere hokjes aankruizen)*

Wat houden de werkzaamheden in Persoonlijke verzorging Verpleging

5 Looptijd van de overeenkomst

Wanneer gaat de overeenkomst in - - *(Vul de dag, maand en het jaar in)*

Hoe lang is de overeenkomst geldig

De overeenkomst is geldig voor onbepaalde tijd

De overeenkomst is geldig tot en met - - *(Vul de dag, maand en het jaar in)*

6 De werktijden

Welke werkafspraken heeft u met de zorgverlener gemaakt?

De zorgverlener biedt zorg voor een variabel aantal uren De zorgverlener biedt zorg voor een vast aantal uren

Uren per week

U kunt hieronder samen met de zorgverlener vastleggen op welke dagen en tijden een zorgverlener komt werken:

<input type="checkbox"/> Maandag	van	<input type="text"/>	uur	tot	<input type="text"/>	uur
<input type="checkbox"/> Dinsdag	van	<input type="text"/>	uur	tot	<input type="text"/>	uur
<input type="checkbox"/> Woensdag	van	<input type="text"/>	uur	tot	<input type="text"/>	uur
<input type="checkbox"/> Donderdag	van	<input type="text"/>	uur	tot	<input type="text"/>	uur
<input type="checkbox"/> Vrijdag	van	<input type="text"/>	uur	tot	<input type="text"/>	uur
<input type="checkbox"/> Zaterdag	van	<input type="text"/>	uur	tot	<input type="text"/>	uur
<input type="checkbox"/> Zondag	van	<input type="text"/>	uur	tot	<input type="text"/>	uur

7 De vergoeding

De Zvw-pgb vergoeding voor Persoonlijke verzorging is € per uur

De Zvw-pgb-vergoeding voor Verpleging is € per uur

8 Wat u verder afspreekt met de ondertekening van deze overeenkomst

Waarom moet u verder nog denken?

- Er is geen CAO van toepassing.
- De zorgverlener verricht de werkzaamheden in de directe leefomgeving van de verzekerde.
- De zorgverlener garandeert de kwaliteit van de hulp en verricht zijn werk zoals van een redelijk handelend zorgverlener verwacht mag worden.
- De zorgverlening voldoet, indien van toepassing, aan de eisen die worden gesteld in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, en de beroepscodes.
- De verzekerde zorgt voor goede, veilige werkomstandigheden (voor zover dit van hem of haar kan worden verlangd).
- De zorgverlener houdt alles geheim wat hij of zij te weten komt over de verzekerde en diens gezin, partner of huisgenoten.
- De zorgverlener zorgt er bij overdracht van de werkzaamheden voor dat de benodigde gegevens beschikbaar zijn. Dit gebeurt in overleg met de verzekerde.

De urenverklaring

Binnen zes weken na de maand waarin de zorg is verleend moet de zorgverlener de gewerkte uren verklaren. De urenverklaring moet een overzicht bevatten van de dagen waarop is gewerkt, het uurtarief en het aantal te betalen uren. Daarnaast moet op de verklaring de naam en het adres van de zorgverlener staan.

Geldt er een opzegtermijn?

De verzekerde en de zorgverlener mogen de zorgovereenkomst tussentijds opzeggen. Er geldt een opzegtermijn van een maand. Maar in goed overleg kan de zorgovereenkomst ook zonder opzegtermijn worden beëindigd. De verzekerde is niet aansprakelijk voor financiële schade die de zorgverlener lijdt door tussentijdse opzegging. De zorgverlener mag de overeenkomst alleen tussentijds opzeggen als daar zwaarwegende redenen voor zijn. Ook hierbij geldt een opzegtermijn van een maand en kan in goed overleg een andere opzegtermijn worden afgesproken.

Wanneer eindigt de overeenkomst direct?

De zorgovereenkomst eindigt direct, zonder opzegtermijn:

- als de verzekerde overlijdt;
- als de verzekeraar beslist dat de verzekerde geen recht meer heeft op een budget.

9 Ondertekening

Als u wilt dat één of meerdere bijlagen van deze overeenkomst deel uitmaken, dan kunt u hier de naam van deze bijlage(n) vermelden.

U moet de bijlage(n) ondertekenen en bewaren bij deze overeenkomst.

Indien u een wettelijk vertegenwoordiger heeft, dan hoeft alleen de vertegenwoordiger te tekenen

Handtekening verzekerde en/of wettelijk vertegenwoordiger

Datum ondertekening

Handtekening zorgverlener

Datum ondertekening