



Format aansluitersovereenkomst

Met dit formulier kunt u een verzoek indienen bij de NZa om aan te sluiten bij een lopend experiment onder de Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten. Het ingevulde en ondertekende formulier is een schriftelijke overeenkomst tussen u als aansluiter(s) en één van de oorspronkelijke experimenteertpartijen.

Met oorspronkelijke experimenteertpartijen bedoelen we de ziektekostenverzekeraar(s) en zorgaanbieder(s) die het experiment gestart zijn. Deze zijn te vinden in het lopende experimenten overzicht op onze website.

Wie moet de aansluitersovereenkomst ondertekenen?

Wanneer u wilt aansluiten bij een experiment, dan is een van onderstaande situaties van toepassing:

- 1 Bent u een ziektekostenverzekeraar? Dan moet u het formulier samen met de oorspronkelijke zorgaanbieder ondertekenen. Gebruik hiervoor formulier 1 'Aansluitende ziektekostenverzekeraar'.
- 2 Bent u een zorgaanbieder? Dan moet u het formulier samen met de oorspronkelijke ziektekostenverzekeraar ondertekenen. Gebruik hiervoor formulier 2 'Aansluitende zorgaanbieder'.
- 3 Maakt u als ziektekostenverzekeraar en zorgaanbieder samen afspraken om aan te sluiten bij een experiment? Dan gebruikt u formulier 3 'Aansluitende ziektekostenverzekeraar én zorgaanbieder'. Vul het formulier samen in en laat het daarna ondertekenen door een van de twee oorspronkelijke experimenteertpartijen.

Na het invullen en ondertekenen stuurt u het formulier naar info@nza.nl. Vermeld in het onderwerp van uw e-mail de naam van de innovatieve zorgprestatie en het woord 'innovatie'.

Heeft u vragen over dit document? Stuur dan een WhatsApp-bericht naar 088 770 8 770. Heeft u een uitgebreide vraag? Stuur dan een e-mail naar info@nza.nl en vermeld 'innovatie' in het onderwerp van uw e-mail. Wij nemen uw bericht zo spoedig mogelijk in behandeling.

Formulier 1 – Aansluitende ziektekostenverzekeraar

Met de ondertekening van dit formulier verklaren de aansluitende ziektekostenverzekeraar en de oorspronkelijke zorgaanbieder, dat het experiment in ongewijzigde vorm is afgesloten met de aansluitende ziektekostenverzekeraar.

Naam experiment:	
-------------------------	--

Aansluitende ziektekostenverzekeraar		Oorspronkelijke zorgaanbieder	
Naam ziektekostenverzekeraar:		Naam zorgaanbieder:	
Naam rechtsgeldige vertegenwoordiger:		Naam rechtsgeldige vertegenwoordiger:	
Functie:		Functie:	
Handtekening:		Handtekening:	
Datum ondertekening:		Datum ondertekening:	
Contactpersoon verzekeraar:		Contactpersoon zorgaanbieder:	
E-mailadres:		E-mailadres:	
Telefoonnummer:		Telefoonnummer:	

Formulier 2 – Aansluitende zorgaanbieder

Met de ondertekening van dit formulier verklaren de aansluitende zorgaanbieder en de oorspronkelijke ziektekostenverzekeraar, dat het experiment in ongewijzigde vorm is afgesloten met de aansluitende zorgaanbieder.

Naam experiment:

Aansluitende zorgaanbieder		Oorspronkelijke ziektekostenverzekeraar	
Naam zorgaanbieder:		Naam ziektekostenverzekeraar:	
Naam rechtsgeldige vertegenwoordiger:		Naam rechtsgeldige vertegenwoordiger:	
Functie:		Functie:	
Handtekening:		Handtekening:	
Datum ondertekening:		Datum ondertekening:	
Contactpersoon zorgaanbieder:		Contactpersoon ziektekostenverzekeraar:	
E-mailadres:		E-mailadres:	
Telefoonnummer:		Telefoonnummer:	

Formulier 3 – Aansluitende ziektekostenverzekeraar én zorgaanbieder

Met de ondertekening van dit formulier verklaren de aansluitende ziektekostenverzekeraar en zorgaanbieder samen met een van de oorspronkelijke partijen, dat het experiment in ongewijzigde vorm is afgesloten met de aansluitende ziektekostenverzekeraar en zorgaanbieder.

Naam experiment:	
-------------------------	--

Aansluitende ziektekostenverzekeraar		Aansluitende zorgaanbieder	
Naam ziektekostenverzekeraar:		Naam zorgaanbieder:	
Naam rechtsgeldige vertegenwoordiger:		Naam rechtsgeldige vertegenwoordiger:	
Functie:		Functie:	
Handtekening:		Handtekening:	
Datum ondertekening:		Datum ondertekening:	
Contactpersoon verzekeraar:		Contactpersoon zorgaanbieder:	
E-mailadres:		E-mailadres:	
Telefoonnummer:		Telefoonnummer:	

Oorspronkelijke ziektekostenverzekeraar		Oorspronkelijke zorgaanbieder	
Naam ziektekostenverzekeraar:		Naam zorgaanbieder:	
Naam rechtsgeldige vertegenwoordiger:		Naam rechtsgeldige vertegenwoordiger:	
Functie:		Functie:	
Handtekening:		Handtekening:	
Datum ondertekening:		Datum ondertekening:	
Contactpersoon ziektekostenverzekeraar:		Contactpersoon zorgaanbieder:	
E-mailadres:		E-mailadres:	
Telefoonnummer:		Telefoonnummer:	