

Aanvraagformulier medische behandeling buitenland

Vul dit formulier in met blauwe of zwarte pen.
Stuur uw originele rekeningen mee met dit formulier.
Tip: maak voor uzelf een kopie van uw rekeningen.

1 Mijn gegevens

Relatienummer	<input type="text"/>
Naam collectiviteit*	<input type="text"/> *Dit staat op uw polisblad
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="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
Nationaliteit	<input type="checkbox"/> Nederlands <input type="checkbox"/> Anders <input type="text"/>
Straatnaam	<input type="text"/>
Huisnr.	<input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>
Woonplaats	<input type="text"/>
Land	<input type="text"/>
Telefoon privé	<input type="text"/>
Telefoon mobiel	<input type="text"/>
E-mailadres	<input type="text"/>

2 Wat zijn uw klachten?

Medische indicatie	<input type="text"/>
Behandeling tot nu toe	<input type="text"/>
Huidige medicatie	<input type="text"/>
Reden van behandeling in het buitenland	<input type="text"/>
Bent u doorverwezen?	<input type="checkbox"/> Ja, vergeet niet de verwijzing mee te sturen <input type="checkbox"/> Nee, omdat <input type="text"/>
Datum behandeling	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

3 Gegevens buitenlandse instelling

Naam instelling	<input type="text"/>
Adres instelling	<input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>
Woonplaats	<input type="text"/>
Land	<input type="text"/>
Telefoonnummer	<input type="text"/>
Internetadres	<input type="text"/>

4 Stuur deze informatie mee. Dan kunnen wij uw aanvraag behandelen.

- Ingevuld aanvraagformulier;
- Verwijzing huisarts of medisch specialist (verplicht);
- Medische indicatie met behandelplan medisch specialist buitenland;
- De offerte als u die al heeft

Let op, zonder deze informatie kunnen wij uw aanvraag niet behandelen.

5 Heeft u nog aanvullingen?

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

6 Ondertekening

Datum	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Handtekening verzekeringnemer	<input type="text"/>
-------	--	-------------------------------	----------------------

U kunt uw aanvraag e-mailen naar CCB@achmea.nl. U kunt uw aanvraag ook opsturen naar Pro Life, Competence Center Buitenland, Postbus 70001, 3000 KB Rotterdam.