

Aevitae
Postbus 2705
6401 DE Heerlen

Aanvraagformulier medische behandeling buitenland

Vul dit formulier helemaal in met blauwe of zwarte pen in blokletters.

1 Mijn gegevens (= verzekeringnemer)

Relatienummer: _____ Collectiviteit: _____

Voorletter(s): _____ Tussenvoegsel: _____ Achternaam: _____

Geboortedatum: ____ - ____ - ____ Man Vrouw BSN: _____

Nationaliteit: Nederlands Anders: _____

Straatnaam: _____ Huisnummer: _____ Toevoeging: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

Land: _____ Telefoonnummer: _____

E-mailadres: _____ Ja, ik ontvang de informatie over mijn zorgverzekering graag digitaal

2 Indicatie (eigen verklaring)

Medische indicatie: _____

Therapie tot op heden: _____

Huidige medicatie: _____

Reden van behandeling in het buitenland: _____

Verwezen voor indicatie*: _____

*(let op, verwijzing meesturen, zie punt 4)

Datum van behandeling: ____ - ____ - ____

3 Gegevens buitenlandse instelling

Naam instelling: _____

Adres instelling: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____ Faxnummer: _____

Internetadres: _____

4 Benodigde gegevens meesturen voor definitieve beoordeling

Mee te sturen gegevens:

Ingevuld aanvraagformulier. Verwijzing huisarts of medisch specialist.

Medische indicatie met behandelplan medisch specialist buitenland. Offerte.

Let op, zonder deze benodigde gegevens kunnen wij uw aanvraag niet in behandeling nemen.

5 Aanvullende opmerkingen

6 Ondertekening

Naam:

Datum: - - Handtekening aanvrager:

U kunt uw aanvraag mailen naar zorgverzekering@vrieling.nl of per post sturen naar Aevitae, t.a.v.

Afdeling Medische Garanties, Postbus 2705, 6401 DE Heerlen

U kunt dit formulier ook downloaden van onze website. Hier vindt u meer informatie over uw aanvraag.