

Avéro Achmea
Postbus 1717
3800 BS Amersfoort
Nederland
www.averoachmea.nl

1 Gegevens verzekerde

Relatienummer	_____		
Collectiviteit	_____		
Naam en voorletters	_____		
Straatnaam	_____		Huisnummer
Postcode	_____		
Geboortedatum	_____		
Nationaliteit	_____		<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw
Telefoon	_____		

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	_____		
Internetadres	_____		

4 Benodigde gegevens meesturen voor definitieve beoordeling

Mee te sturen gegevens	<input type="checkbox"/> Ingevuld aanvraagformulier.
	<input type="checkbox"/> Verwijzing huisarts of medisch specialist.
	<input type="checkbox"/> Medische indicatie met behandelplan medisch specialist buitenland.
	<input type="checkbox"/> Bij voorkeur voorzien van offerte.
	<i>Let op, zonder deze benodigde gegevens kunnen wij uw aanvraag niet in behandeling nemen.</i>

5 Gegevens buitenlandse instelling

6 Ondertekening

Plaats: _____ Datum: _____

Handtekening aanvrager: _____

U kunt dit formulier aan ons faxen op faxnummer +31 71 367 00 58 of per post versturen naar Achmea Zorg, Competence Center Buitenland, Postbus 70001, 3000 KB Rotterdam. Wij nemen alleen volledig ingevulde formulieren in behandeling. U kunt dit formulier ook downloaden via www.averoachmea.nl/zorgverzekeringen.