

**EEN ONVOLLEDIGE AANGIFTE LEIDT TOT FOUTEN EN VERTRAGING.
ZIJ KAN VOOR AANVULLENDE INFORMATIE WORDEN TERUGGESTUURD. ZIJ MOET BOVENDIEN GETEKEND ZIJN.**

IDENTIFICATIE

Polisnummer 2

Schadegevalnr.

Naam van de werkgever

Werkgeversnummer

PERSONEELSLID

Naam

Voornaam

Telefoonnr.

Adres Straat Laan

Nr Letter

Bus

Postcode Gemeente

PATIENT Het personeelslid

De echtgeno(o)t(e) Naam

De samenwonende partner Voornaam

Het kind Geboortedatum

.....

Is de patiënt op dit ogenblik verzekerd door een andere verzekering medische kosten van dezelfde aard : JA / NEEN
Indien ja, bij welke maatschappij en vanaf welke datum ?

BETALINGSWIJZE

Rekeningnummer

Titularis

DE KEERZIJD E MOET WORDEN GETEKEND

