



Louizalaan 166 Bus 1
1050 Brussel
België
+ 32 (0)78 150 135

2006/AH

Masterkey²Health

CROSS-BORDER HEALTH & ASSISTANCE

Attest

In te vullen door uw gezondheidsinstelling (Krankenkasse – Mutuelle – Ziekenfonds) in het land bevoegd voor de Sociale Zekerheid, of een andere officieel Gezondheidsinstituut (DOSZ/OSSOM, CFE, Gezondheidsinstelling EU-ambtenaren)

Ik ondergetekende, _____,
verklaar dat,

(naam) _____,

aansluitingsnummer _____,

verplicht verzekerd is door een Gezondheidsfonds/
Verzekeraar/Instituut*

(Stempel)

Land _____

Aanvangsdatum (dd-mm-jj) : _____

Personeelscategoriën

- Arbeider
- Bediende
- Zelfstandige
- Afhankelijke
- Andere, _____

Voor de volgende dekkingen :

Wachtperiode

<input type="checkbox"/> Hospitalisation – hospitalisatiekosten*/Eendagskliniek*	_____ %	_____
<input type="checkbox"/> Kosten ambulante zorgen	_____ %	_____
<input type="checkbox"/> Geneesmiddelen	_____ %	_____
<input type="checkbox"/> Kosten Tandverzorgingen	_____ %	_____
<input type="checkbox"/> Kosten Tandprothesen	_____ %	_____
<input type="checkbox"/> Glazen en lenzen	_____ %	_____
<input type="checkbox"/> Oorapparaten	_____ %	_____
<input type="checkbox"/> Medische zorgen in het buitenland	_____ %	_____
<input type="checkbox"/> Repatriëring	_____ %	_____

Opmerkingen: _____

Naam, functie _____ Datum _____

Handtekening _____

* schrappen wat niet past.