



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

2006/AS

Masterkey²Health

Attest Sleeper In te vullen door werkgever

Ik, ondergetekende, _____,

verklaar dat:

(Naam) _____,

verplicht verzekerd is in het kader van een collectieve verzekering medische zorgen (Maatschappij, Polisnummer)

Aanvangsdatum (dd-mm-jj): _____

Voor de volgende dekkingen :

Wachtperiode

<input type="checkbox"/> Hospitalisatie – hospitalisatiekosten*/One Day kliniek*	_____ %	_____
<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