



Print versie JAN | 2020

WIJZIGINGSFORMULIER

DOKTER DI CAS, BOTICA Y DENTISTA / HUISARTS, APOTHEEK EN TANDARTS

SVP VOLLEDIG EN DUIDELIJK INVULLEN (en sturen naar klantenservice@uoazv.aw)

1. DATONAN PERSONAL / PERSOONLIJKE GEGEVENS:

Fam y nomber / naam en voornaam: _____

Fecha di nacemento / geboortedatum: ____-____-____

AZV relatie nummer:

Adres: _____

Number di telefon / telefoonnummer: _____

Emailadres: _____

2. TA DESEA CAMBIA PA / WENST TE WIJZIGEN NAAR:

Dokter di cas nobo / nieuwe huisarts: _____

Botica nobo / nieuwe apotheek: _____

Dentista nobo / nieuwe tandarts: _____

3. DECLARACION / VERKLARING:

Suscrito ta declara di ta di acuerdo cu e cambio. E cambio ta tuma lugar entrante e fecha cu Organo Ehecutivo AZV ricibi e peticion pa cambio.

Ondergetekende verklaart akkoord te gaan met de wijziging. De wijziging gaat in op de dag van ontvangst bij het Uitvoeringsorgaan AZV.

_____-_____-_____
Fecha di peticion / Datum verzoek

 Firma di asegurado / Handtekening van de verzekerde

Firma di apoderado / Handtekening van de gemachtigde

4. A DRENTA NA AZV / BINNENGEKOMEN BIJ AZV:

Fecha / datum: ____-____-____

Firma / paraaf: _____