



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: \_\_\_\_\_