**FORMULIER OM DOOR UW ZIEKENFONDS TE LATEN INVULLEN**

Naam:  Houder /  Persoon ten laste

Voornaam:

Aansluitingsnr.:

SIS-kaartnummer:

 Naam van de personen ten laste (indien houder):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Naam | Voornaam | Geboortedatum | Aansluitingsnummer |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 Naam van de houder (indien persoon ten laste):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Naam | Voornaam | Geboortedatum | Aansluitingsnummer: |
|  |  |  |  |

**Informatie:**

##### CT1/CT2: \_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **In orde:** | **O** | **N** |  |
| Verzekerbaarheid |  |  | Van \_\_\_/\_\_/\_\_\_ tot \_\_/\_\_/\_\_\_ |
| Wettelijke premies voor zelfstandigen |  |  | Van \_\_\_/\_\_/\_\_\_ tot \_\_/\_\_/\_\_\_ |
| Reservefonds |  |  | Van \_\_\_/\_\_/\_\_\_ tot \_\_/\_\_/\_\_\_ |
| Aanvullende premies |  |  | Van \_\_\_/\_\_/\_\_\_ tot \_\_/\_\_/\_\_\_ |

##### Ontbrekende documenten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum en stempel van het ziekenfonds