



Declaratie kosten CAPD/CCPD/Thuishemodialyse

(svp per maand declareren)



Relatienummer verzekerde:
 Naam verzekerde:
 Adres:
 Postcode / Woonplaats:
 Geboortedatum:
 Rekeningnummer: Bank Giro

Ingangsdatum:	Einddatum	Aantal dagen	
(1e dag van de maand of begindatum behandeling)	(laatste dag van de maand of einddatum behandeling)		<input type="checkbox"/> CAPD <input type="checkbox"/> CCPD <input type="checkbox"/> Thuishemodialyse (svp aankruisen)
.....	

Bent u in deze periode in het ziekenhuis opgenomen geweest?

- Nee
 Ja, van (datum opname) tot en met (datum ontslag)

Bovenstaande gegevens zijn naar waarheid ingevuld d.d.:

Handtekening verzekerde:



Dit formulier kunt u sturen naar CZ, Postbus 90152, 5000 LD Tilburg.
 Hebt u vragen? Dan kunt u contact opnemen met de CZ Klantenservice, telefoonnummer 0900 - 0949.