

(1) openbare diensten, gepensioneerde, mindervalide, ingezetene, student, ...

Kinderen ten laste

Naam: Voornaam:

Rijksregisternummer of geboortedatum: Geslacht: M V

Naam: Voornaam:

Rijksregisternummer of geboortedatum: Geslacht: M V

Naam: Voornaam:

Rijksregisternummer of geboortedatum: Geslacht: M V

Andere inwonende gezinsleden (enkel indien ten laste)

Naam: Voornaam:

Rijksregisternummer of geboortedatum: Geslacht: M V

Ik sluit aan voor de ziekenfondsdiensten en

- | | | |
|--|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HospiPlan | <input type="checkbox"/> HospiPlus | <input type="checkbox"/> HospiContinu |
| <input type="checkbox"/> AmbuPlan | <input type="checkbox"/> AmbuPlus | <input type="checkbox"/> HospiForfait |
| <input type="checkbox"/> Voorhuwelijkssparen | | |

Wijze van betaling

- Domiciliëring (driemaandelijks) Overschrijving (jaarlijks)

Terugbetalingen

Rekeningnr. terugbetalingen geneeskundige zorgen: IBAN:

BIC: (meestal 8 cijfers – soms 3 extra)

Op naam van:

Allerlei

Is er momenteel een medische goedkeuring? (geneesmiddelen, orthodontie, logopedie, ...) Ja Nee

Geniet u momenteel een ziektevergoeding? Ja Nee

Heeft u recht op het Globaal Medisch Dossier? Ja Nee

Toelichtingen

Datum:

Handtekening:

Kantoor/Agent:



Vlaams Neutraal Ziekenfonds

VNZ**U W V R I J H E I D , U W Z E K E R H E I D****235**

Statieplein 12 – 9300 Aalst

www.vnz235.be

Tel. 053 76 99 99

Aanvraag mutatie op :

Gerechtigde waarvoor de mutatie gevraagd wordt :

Naam: Voornaam: Rijksregisternummer: (rechts bovenaan SIS-kaart)Geboortedatum: **Hoofdverblijfplaats**Straat: Nr.: bus: Postcode: Gemeente:

Tot op heden aangesloten bij:

Kleefbriefje vorig ziekenfonds

of

Naam en adres vorig ziekenfonds

Vraagt mutatie naar :

Vlaams Neutraal Ziekenfonds**Statieplein 12 – 9300 AALST****235**Datum : Handtekening

De ondergetekende, afgevaardigde van het ziekenfonds, verklaart deze mutatie te aanvaarden overeenkomstig de wettelijke bepalingen.

Vlaams Neutraal Ziekenfonds**Statieplein 12 – 9300 AALST****235**Datum : Handtekening

De ondergetekende, afgevaardigde van het ziekenfonds, verklaart deze mutatie te aanvaarden / niet te aanvaarden (1) overeenkomstig de wettelijke bepalingen.

Datum :

Handtekening van de afgevaardigde van het ziekenfonds:

Stempel van het ziekenfonds

(1) Schrapen wat niet past