



**VERKLARING VAN ZIEKENHUISVERBLIJF – AANVULLENDE HOSPITALISATIEVERGOEDING (AHV)**

Verklaring in te vullen door de verplegingsinrichting.

**Verplegingsinrichting**

Erkenningsnr.: .....  
Benaming: .....  
Adres: .....

**Gehospitaliseerde persoon**

Aansluitingsnummer: .....  
Naam – voornaam: .....  
Geboortedatum: ...../...../.....

Opnamedatum	Uur	Dienst	Datum ontslag	Uur
<b>Verandering van dienst</b>				
Datum	Uur	Dienst		
			Voor de verplegingsinrichting	
			Datum: .....	
			Handtekening: .....	

In te vullen door **verzekeringnemer UITSLUITEND** indien hij/zij wenst dat de tegemoetkoming op een andere bankrekening wordt gestort dan de bij de Solidaris Brabant aangegeven bankrekening.

Ik ondergetekende, , ,

Vraag dat de verzekeringsvergoeding op de volgende bankrekening wordt gestort:

||-||-||-||

Opgemaakt te ....., op .....

Handtekening

De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand Solidaris Brabant verwerkt uw gegevens in overeenstemming met de wet van 30 juli 2018 betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens (kaderwet) en de Verordening 2016/679 van 27 april 2016 betreffende de bescherming van persoonsgegevens, die u het recht geven uw gegevens te raadplegen, aan te vullen, u tegen de verwerking te verzetten, en om correctie, beperking of verwijdering ervan te vragen.

Bijkomende inlichtingen over de verwerking van uw gegevens kunt u verkrijgen bij de DPO, Zuidstraat 111 te 1000 Brussel – [dataprotection.bra@solidaris.be](mailto:dataprotection.bra@solidaris.be). Klachten kunt u richten aan bovengenoemd e-mailadres of aan de Gegevensbeschermingsautoriteit, Drukpersstraat 35, 1000 Brussel - Tel. 02/274 48 00 – <https://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be>.

