



Aansluitingsnummer  
INSZ  
Betreft

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

Verklaring in te vullen door de verplegingsinrichting.

**Verplegingsinrichting**

Erkeningsnr.: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Benaming: .....

Adres: .....

**Verzekerde**

Inschrijvingsnr.: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

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

Adres: .....

**Rechthebbende**

Naam – voornaam van de opgenomen persoon: .....

Geboortedatum: ...../...../.....

Opnamedatum	Uur	Dienst	Datum ontslag	Uur
_ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _
Verandering van dienst				
Datum	Uur	Dienst		
_ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _		
_ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _		
_ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _	Voor de verplegingsinrichting	
_ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _	Datum : .....	
_ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _ _	Handtekening : .....	

**In te vullen door de verzekerde**

Ik ondergetekende, dhr./mevr. ....geef toelating aan de Verzekeringsmaatschappij vanOnderlinge Bijstand van Brabant (VMOBB) om mijn vergoeding te storten op volgend financieel rekeningnummer

-     -     -

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

Handtekening