

# WIJZIGING REKENINGNUMMER

Administratieve zetel:

Statieplein 12 - 9300 Aalst

Tel. 053 76 99 99 - www.nzvl.be

Regio:

Ondergetekende deelt hierbij volgend nieuw IBAN rekeningnummer mee:

IBAN:     BIC:

Dit attest dient voor een **definitieve wijziging**. Dit rekeningnummer zal voortaan voor alle betalingen (uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid - gezondheidszorgen - hospitalisatieverzekering) door het ziekenfonds gebruikt worden, uitgezonderd voor voorhuwelijkssparen en de Vlaamse Sociale Bescherming.

**Deze wijziging geldt voor de dossiers van de volgende personen:  
(enkel en alleen voor de opgesomde personen zal het rekeningnummer worden aangepast!)**

Naam:	<input type="text"/>	INSZ:	<input type="text"/>
Naam:	<input type="text"/>	INSZ:	<input type="text"/>
Naam:	<input type="text"/>	INSZ:	<input type="text"/>
Naam:	<input type="text"/>	INSZ:	<input type="text"/>
Naam:	<input type="text"/>	INSZ:	<input type="text"/>
Naam:	<input type="text"/>	INSZ:	<input type="text"/>

Naam van de klant:

Datum:

Handtekening:

**Indien de opdrachtgever géén klant is**

Naam:

Voornaam:

Rijksregisternummer:

E-mailadres:

Adres:

Tel. of GSM:

Band met de gerechtigde:

Nr. ID-kaart:

Datum en handtekening opdrachtgever:

# SEPA MANDAAT

## Administratieve zetel:

Statieplein 12 - 9300 Aalst

Tel. 053 76 99 99 - www.nzvl.be



UW PARTNER VOOR ZEKERHEID

Door dit formulier te ondertekenen, geeft u toestemming aan:

- (a) NEUTRAAL ZIEKENFONDS VLAANDEREN om instructies te sturen naar uw bank en om uw rekening te debiteren,
- (b) uw bank om uw rekening te debiteren conform de instructies van NEUTRAAL ZIEKENFONDS VLAANDEREN.

Termijn van kennisgeving: 14 dagen

U kunt een Europese domiciliëring laten terugbetalen. Vraag uw bank naar de voorwaarden. Een verzoek tot terugbetaling moet binnen de 8 weken na datum van de debitering van het bedrag van uw rekening worden ingediend. Bij uw bank kunt u informatie krijgen over uw rechten met betrekking tot dit mandaat.

## Mandaat Identificatie (in te vullen door de schuldeiser)

Mandaat referte:

Beschrijving van onderliggend	Verplichte Verzekering TandPlus	Ziekenfondsdiensten MaxiPlan	Voorhuwelijkssparen Responsabiliseringsbijdrage	Hospitalisatieverzekering Zorgverzekering
-------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	--	--

Type betaling: Terugkerend (mag meerdere malen gebruikt worden)

schrappen wat niet past\*

## Identificatie van de schuldenaar (in te vullen door de schuldenaar)

Naam:

Adres:

IBAN:

BIC:

Datum:

Plaats:

Naam en voornaam van de ondertekenaar:

Handtekening:

Gelieve dit document ingevuld en ondertekend op te sturen naar:

**NEUTRAAL ZIEKENFONDS VLAANDEREN**  
**STATIEPLEIN 12**  
**B-9300 AALST**  
**BELGIE**  
**BE56ZZZ0418999418**

