

À COMPLÉTER PAR L’AFFILIÉ(E)

OU APPOSEZ VOTRE VIGNETTE ICI

Nom :
Prénom :
Numéro national :
Rue et n° :
CP et commune :

Tél :

E-mail :

Je soussigné(e), porte à la connaissance de mon organisme assureur les modifications suivantes survenues dans la composition de mon ménage ou dans les indications me concernant⁽¹⁾ :

mariage décès naissance modification statut modification état civil modification domicile

À AJOUTER À PARTIR DU / / Epoux(se) Personne non retribuée⁽¹⁾pour : tous risques gros risques petits risques assurance complémentaire⁽¹⁾

Nom : Prénom :

N° national⁽³⁾ : Date de naissance : / /Nationalité : M/F Enfant(s)⁽²⁾

Nom : Prénom :

N° national⁽³⁾ : Date de naissance : / /Nationalité : M/F A⁽⁴⁾

Nom : Prénom :

N° national⁽³⁾ : Date de naissance : / /Nationalité : M/F A⁽⁴⁾ Ascendant(s) (veuillez ajouter un bulletin d'état civil)

Nom : Prénom :

N° national⁽³⁾ : Date de naissance : / /Nationalité : M/F TR⁽⁵⁾ PR⁽⁵⁾

Date : / /

Signature (des deux parents en cas de naissance) :

À SUPPRIMER À PARTIR DU / /

Nom : Prénom :

Nouvelle mutualité :

Raison :

Dénomination de votre ancienne mutualité :

.....
Numéro d'affiliation de votre ancienne mutualité :
.....

Ou

APPOSEZ VOTRE VIGNETTE ICI

Date : / /

Signature membre :

Le/la soussigné(e)

déclare avoir cessé son activité le / / et désire :

se faire inscrire comme personne à charge dans le dossier de :

N° national : - à partir du : / /

exploiter son droit en tant que titulaire au Régime général jusqu'au / /

sachant qu'en cas de reprise de l'activité, il conviendra de régulariser le dossier. Cette régularisation peut donner lieu au paiement d'un supplément en Assurance obligatoire.

Date : / /

Signature :

A TITRE INFORMATIF (Réservé à la mutuelle)

(1) Cochez la case appropriée

(2) Si les enfants ne portent pas le nom du titulaire, veuillez mentionner la relation de parenté dans la rubrique « à titre informatif »

(3) Date de naissance complète si le numéro national n'est pas connu

(4) Déclarer le fait que l'enfant soit inscrit comme enfant-aidant d'un travailleur indépendant

(5) T.R = tous risques PR - petits risques



Pour un traitement plus rapide, renvoyez-nous ce formulaire dûment complété via l'onglet «envoyer un document» de notre guichet en ligne «MyMutualia». Dans ce cas, l'original n'est plus nécessaire.

Conformément au Règlement Européen du 27 avril 2016 sur la Protection des Données (« RGPD »), nous vous informons que nous traitons vos données dans le cadre de notre mission de participation à l'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, sous la responsabilité de l'UNMN (l'Union nationale des mutualités neutres), responsable du traitement pour les matières fédérales et des SMR des mutualités neutres, responsables de traitement pour les matières régionalisées. Pour tous renseignements complémentaires, nous vous invitons à consulter notre déclaration vie privée ou à nous contacter à info@mutualia.be.

SIÈGE ADMINISTRATIF

Place Verte, 41
4800 Verviers
Tél. 087 31 34 45

SIÈGE SOCIAL

Bd Brand Whitlock, 87/93 bte 4
1200 Woluwe-Saint-Lambert
Tél. 02/733 97 40

info@mutualia.be
www.mutualia.be
BE47 3480 0300 8680