

Ich Unterzeichnete (r) (Name und Vorname in Druckschrift) .....

Hauptwohnsitz in (Gemeinde) .....

PLZ ..... Straße ..... (Nr)..... BK .....

Nationalregisternummer: .....

Geboren am : ..... / ..... / ..... Nationalität : .....

Geschlecht : M / W Telefonnummer: .....

Familienstand : ledig – verheiratet – getrennt lebend – getrennt - geschieden – verwitwet<sup>(2)</sup>

Kontonummer : ..... - ..... - ..... - .....

Beantrage die Mitgliedschaft in meiner Eigenschaft als<sup>(3)</sup> .....

und verpflichte mich die gesetzlichen Bestimmungen einzuhalten, die durch die Pflichtversicherung gegen Krankheit und Invalidität festgelegt sind.

Ich bin Nutznießer<sup>(2)</sup> – einer belgischen Kranken – und Invalidenversicherung  
- einer ausländischen Sozialsicherheit : hier die angewandte ausländische Gesetzgebung  
Angaben : .....

Ich erkläre hiermit :

a) bei folgender Versicherungsanstalt als Person zu Lasten eingetragen zu sein vom : .....

bis ..... bei folgender Versicherungsanstalt als Person zu Lasten eingetragen gewesen zu sein vom :  
..... bis .....<sup>(4)</sup>

Angaben des Hauptversicherten bei dem ich als Person zu Lasten eingetragen bin oder war :

Name und Vornamen (in Druckschrift) : .....

Nationalregisternummer<sup>(5)</sup> : .....

b) dass ich :

- bis zum ...../...../..... als Hauptversichertes Mitglied bei einer anderen Krankenkasse eingetragen war.  
- bis zum...../...../.....an eine andere belgische Krankenkasse gebunden war, Mitglied einer Krankenversicherung in einem EG- Land war oder in einem anderen Land mit dem Belgien ein Abkommen über die soziale Sicherheit vereinbart hat oder bei einer Versicherungsanstalt nach Europäischem Recht mit Sitz in Belgien, welche eine Kostenübernahme im Gesundheitswesen vorsieht.

Bezeichnung und Adresse .....  
dieser Krankenkasse : .....

c) dass die Krankenkasse, bei der ich eingeschrieben war, aufgelöst wurde, fusioniert oder eine Gesamtschreibung vorgenommen hat.

Bezeichnung .....  
dieser Krankenkasse<sup>(4)</sup> : .....

d) dass ich der belgischen sozialen Sicherheit des Arbeitnehmersystems unterliege (allgemeines Regime)

e) dass ich der sozialen Gesetzgebung für Selbständige unterliege (Bezeichnung, Adresse und Zulassungsnummer der Sozialversicherungskasse)

f) dass ich nie der belgischen sozialen Sicherheit des Arbeitnehmersystems (allgemeines Regime) oder der sozialen Gesetzgebung für Selbständige unterworfen war

## HAUSHALTSZUSAMMENSETZUNG

### 1) Ehepartner

Name und Vornamen (in Druckschrift) : .....

Nationalregisternummer<sup>(5)</sup> : .....

Ist der Ehepartner ebenfalls als Hauptversicherter eingetragen : ja / nein <sup>(2)</sup>

wenn ja : a) eingetragen bei der Versicherungsanstalt<sup>(4)</sup> : .....

b) in der Eigenschaft als<sup>(3)</sup> : .....

### 2) Hausfrau/-mann

Name und Vornamen (in Druckschrift) : .....

Nationalregisternummer<sup>(5)</sup> : .....

### 3) Kinder

Name und Vornamen (in Druckschrift) : Nationalregisternummer<sup>(5)</sup> : Geschlecht(M/W)

.....

.....

.....

.....

### 4) Ahnen (Eltern,...)

Name und Vornamen (in Druckschrift) : Nationalregisternummer<sup>(5)</sup> : Verwandschaftsverhältnis

.....

.....

### 5) Familienmitglieder, die im Ausland wohnen

Name und Vornamen (in Druckschrift) : Nationalregisternummer<sup>(5)</sup> : Verwandschaftsverhältnis

.....

.....

Ich verpflichte mich :

-Beiträge zur Zusatzversicherung zu zahlen <sup>(2)</sup>

-der Krankenkasse unverzüglich jede Änderung der Haushaltszusammenstellung, jede Adressenänderung sowie alle Änderungen in meiner beruflichen Eigenschaft mitzuteilen.

Unterschrift,

.....  
Wenn der Antrag auf Mitgliedschaft nicht vom Hauptversicherten selbst ausgefüllt wurde, muss vor der Unterschrift « gelesen und genehmigt » vermerkt werden

DER KRANKENKASSE VORBEHALTEN

Büro Abteilung :

Stempel der Abteilung/

Unterschrift des Beamten

Einschreibungsnummer :

(1) : Mädchenname für verheiratete Frauen.

(2) : Unzutreffendes streichen.

(3) : Arbeiter, Angestellter, Grubenarbeiter, Beamter, Selbständiger, Rentner, Witwer des Arbeitnehmersystems, des öffentlichen Dienstes oder des Selbständigensystems, Behinderter, Student der Hochschule, nicht geschützte Person, Mitglied einer religiösen Gemeinschaft, Waise, Person zu Lasten...

(4) : Bezeichnung, Adresse und Zulassungsnummer der Krankenkasse.

(5) : Vollständiges Geburtsdatum, falls die Nationalregisternummer nicht bekannt ist.



Senden Sie uns dieses ordnungsgemäß ausgefüllte Formular zur schnelleren Bearbeitung über die Tab «ein Dokument senden» unseres Online Schalter «MyMutualia».In diesem Fall ist das Original nicht mehr erforderlich.

In Übereinstimmung mit der Europäischen Verordnung zum Datenschutz vom 27. April 2016 („RGPD“) teilen wir Ihnen mit, dass wir Ihre Daten im Rahmen unserer Mission zur Teilnahme an der Durchführung der obligatorischen Kranken- und Haftpflichtversicherung unter der Verantwortung der UNMN (Nationaler Union der neutralen Krankenkassen), verantwortlich für die Bearbeitung der föderalen Angelegenheiten und der SMR der neutralen Krankenkassen, verantwortlich für die Bearbeitung der regionalen Angelegenheiten. Für weitere Informationen laden wir Sie ein, unsere Datenschutzerklärung zu konsultieren oder uns unter [info@mutualia.be](mailto:info@mutualia.be) zu kontaktieren.

VERWALTUNGSSITZ

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

HAUPTSITZ

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

[info@mutualia.be](mailto:info@mutualia.be)  
[www.mutualia.be](http://www.mutualia.be)  
BE47 3480 0300 8680