

LIK ONDERGETEKENDE :

OF HIER EEN KLEEFBRIEFJE AANBRENGEN

Naam :
Voornaam :
Rijksregisternr.:
Straat en nr. :
Postcode en gemeente :

Telefoonnummer :

E-mail :

Ik, ondergetekende, breng mijn verzekeringsinstelling op de hoogte van volgende wijzigingen van mijn gezinssamenstelling of van mijn gegevens(1):

- huwelijk overlijden geboorte wijziging van statuut
 wijziging van burgerlijke staat Wijziging van woonplaats

TOE TE VOEGEN VANAF / /

- Echtgeno(o)t(e) Onbezoldigde persoon⁽¹⁾
voor : alle risico's grote risico's kleine risico's bijkomende verzekering⁽¹⁾

Naam : Voornaam :
Rijksregisternummer⁽³⁾ : Geboortedatum : / /
Nationaliteit : M/V

- Kind(eren)⁽²⁾

Naam : Voornaam :
Rijksregisternummer⁽³⁾ : Geboortedatum : / /
Nationaliteit : M/V H⁽⁴⁾

Naam : Voornaam :
Rijksregisternummer⁽³⁾ : Geboortedatum : / /
Nationaliteit : M/V H⁽⁴⁾

- Bloedverwant(en) (voeg een uittreksel toe van de burgerlijke staat)

Naam : Voornaam :
Rijksregisternummer⁽³⁾ : Geboortedatum : / /
Nationaliteit : M/V A.R.⁽⁵⁾ K.R.⁽⁵⁾

Naam : Voornaam :
Rijksregisternummer⁽³⁾ : Geboortedatum : / /
Nationaliteit : M/V A.R.⁽⁵⁾ K.R.⁽⁵⁾

Datum : / /

Handtekening (van beide ouders in geval van geboorte):

TE VERWIJDEREN VANAF / /

Naam: Voornaam:

Nieuw ziekenfonds:

Reden:

Naam van uw voormalig ziekenfonds:

.....
Aansluitingsnummer bij uw voormalig ziekenfonds:

Of

PLAATS HIER UW KLEVER

Datum: / /

Handtekening lid:

Ik, ondergetekende,.....

verklaar te zijn gestopt met mijn activiteit op / / en wens:

me in te schrijven als persoon ten laste in het dossier van:

Rijksregisternummer⁽³⁾: vanaf: / /

mijn recht uit te oefenen als rechthebbende op een algemeen stelsel tot / /

wetende dat ik bij een herneming van de activiteit het dossier moet regulariseren. Deze regularisatie kan leiden tot de betaling van een supplement voor de verplichte verzekering.

Datum: / /

Handtekening:

TER INFO (Voorbehouden aan het ziekenfonds)

.....
.....
.....

(1) Kruis aan wat past

(2) Indien de kinderen niet dezelfde achternaam hebben als de rechthebbende, gelieve de verwantschapsrelatie in te vullen in de rubriek "ter info"

(3) Volledige geboortedatum indien het rijksregisternummer niet gekend is

(4) Verklaar dat het kind is ingeschreven als helpend kind van een zelfstandige

(5) A.R. = alle risico's K.R. - kleine risico's

MyMutualia Voor een snellere behandeling kunt u ons het ingevulde formulier terugsturen via het tabblad « formulier opladen » van ons online loket « MyMutualia ». In dat geval is het origineel niet meer nodig.

In overeenstemming met de Europese Verordening van 27 april 2016 over de Bescherming van Gegevens (AVG), informeren wij u dat wij uw gegevens verwerken in het kader van onze opdracht tot deelname aan de uitvoering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen onder de verantwoordelijkheid van LNZ (Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen) die verantwoordelijk is voor de verwerking van de federale materies, en onder de verantwoordelijkheid van de RMOB's van de neutrale ziekenfondsen, verwerkingsverantwoordelijken voor de geregionaliseerde materies. Voor bijkomende inlichtingen kunt u onze privacyverklaring raadplegen of contact met ons opnemen via info@mutualia.be.

ADMINISTRATIEVE ZETEL

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

MAATSCHAPPELIJKE ZETEL

Brand Whitlocklaan, 87/93 bus 4
1200 Sint-Lambrechts-Woluwe
Tél. 02/733 97 40

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