

## VOM VERSICHERTEN AUSZUFÜLLEN

ODER PLATZIERE DEINEN AUFKLEBER HIER

Name : .....  
Vorname : .....  
Nationalregisternummer : .....  
Strasse, N° : .....  
Plz, Ortschaft : .....

Telefonnummer : .....

Email-Adresse : .....

Ich, Unterzeichnete (r), ..... möchte meine Versicherung über folgende Änderungen in der Zusammensetzung meines Haushalts oder der mich betreffenden Angaben informieren<sup>(1)</sup>:

Heirat  Sterbefall  Geburt  Änderung des Statuts  Änderung des Zivilstand  Änderung Wohnort

## HINZUFÜGEN AB DEM ..... / ..... / .....

 Ehegatte/in  Person ohne Einkommen<sup>(1)</sup>Für:  alle Risiken  großen Risiken  kleine Risiken  Zusatzversicherung<sup>(1)</sup>

Name : ..... Vorname : .....

Nationalregisternummer<sup>(3)</sup> : ..... Geburtsdatum : ..... / ..... / .....Nationalität : .....  M/W Kinder<sup>(2)</sup>

Name : ..... Vorname : .....

Nationalregisternummer<sup>(3)</sup> : ..... Geburtsdatum : ..... / ..... / .....Nationalität : .....  M/W

Name : ..... Vorname : .....

Nationalregisternummer<sup>(3)</sup> : ..... Geburtsdatum : ..... / ..... / .....Nationalität : .....  M/W Elternteil (fügen Sie eine standesamtliche Urkunde bei)

Name : ..... Vorname : .....

Nationalregisternummer<sup>(3)</sup> : ..... Geburtsdatum : ..... / ..... / .....Nationalität : .....  M/w  AR<sup>(5)</sup>  KR<sup>(5)</sup>

Datum : ..... / ..... / .....

Unterschrift (beider Elternteile bei Geburt):

ZU STREICHEN AB DEM ..... / ..... / .....

Name : ..... Vorname:.....

Neue Krankenkasse: .....

Begründung:.....

Name der vorherigen Krankenkasse:

.....

Mitgliedsnummer der vorherigen Krankenkasse:

.....

Oder

KLEBEN SIE EINEN AUFKLEBER  
HIER

Datum : ..... / ..... / .....

Unterschrift des Mitglieds:

Der/die Unterzeichnete(r), .....

erkläre am ..... / ..... / ..... seine Tätigkeit beendet zu haben und beantrage:

die Eintragung als Person zu Lasten von : .....

Nationalregisternummer:..... ab dem : ..... / ..... / .....

meine Rechte als Berechtigter in der Pflichtversicherung bis zum: ..... / ..... / .....

zu nutzen wohlwissend, dass bei Wiederaufnahme einer Aktivität, die Akte reguliert werden muss.  
Diese Regularisierung kann eine Zahlung eines Zuschlages in der Pflichtversicherung erfordern.

Datum : ..... / ..... / .....

Unterschrift:

#### ZUR INFORMATION (für die Krankenkasse bestimmt)

.....

.....

.....

(1) bitte ankreuzen

(2) falls das Kind nicht den Namen des Berechtigten trägt, vermerken Sie den Verwandtschaftsgrad in der Rubrik „zur Information“

(3) komplettes Geburtsdatum falls Nationalregisternummer unbekannt

(4) erklären, dass das Kind als Gehilfe eines selbständigen eingetragen ist

(5) A.R. = alle Risiken

K.R.= kleine Risiken



Sie möchten eine schnelle Bearbeitung? Laden Sie Ihr ausgefülltes Formular mit wenigen Klicks über den Reiter «Dokument senden» in MyMutualia hoch. Das Original in Papierform ist nicht mehr erforderlich. Einfach, schnell, effizient!

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