

Antrag auf Wechsel zum<sup>(2)</sup> : ..... / ..... / .....

MOD.550 | MOD.550 BIS<sup>(1)</sup>

VOM HAUPTVERSICHERTEN AUZUFÜLLEN

ODER KLEBEN SIE EINEN AUFKLEBER HIER

Name : .....  
Vorname : .....  
Geburtsdatum : .....  
Nationalregisternummer<sup>(3)</sup> : .....  
Straße, Nr : .....  
Plz, Ortschaft : .....

IHR WECHSEL

**Mitglied bis zum heutigen Tag bei (alte Krankenkasse) :** .....  
Bezeichnung der Krankenkasse : .....  
Krankenkassennummer : .....  
Mitgliedsnummer (wahlweise) : .....

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

Unterschrift des Hauptversicherten :

Der Unterzeichner, Bevollmächtigter der Krankenkasse oder der Regionalleitung erklärt den beantragten Wechsel laut gesetzlichen Bestimmungen anzuerkennen.

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

Unterschrift des Bevollmächtigten der Krankenkasse :

Stempel der Krankenkasse :

(1) Unzutreffendes streichen  
(2) 1. Januar, 1. April, 1. Juli, 1. Oktober (Ausnahme SNCB, aktuelles Datum).  
(3) Die Nationalregisternummer oder die Bis-Nr. Ist die Sozialversicherungsnummer (NISS) und befindet sich auf der SIS-Karte.  
(4) Angaben wie festgelegt in den Artikeln 32 und / oder 33 des koordinierten Gesetzes vom 14. Juli 1994.

BESCHEINIGUNG VON DER ALTEN KRANKENKASSE AUSZUFÜLLEN (Eine der beiden Möglichkeiten 1 ou 2)

**1.**

Der Unterzeichner, Bevollmächtigter der Krankenkasse oder der Regionalleitung erklärt den beantragten Wechsel laut gesetzlichen Bestimmungen anzuerkennen.

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

Unterschrift des Bevollmächtigten der Krankenkasse :

Stempel der Krankenkasse :

Anbei folgende Anlagen :

- Anhang A : Haushaltszusammensetzung
- Anhang 1 : Versicherung
- Anhang 2 : Leistungen
- Anhang 3 : internationale Konventionen
- Anhang 4 : Entschädigungen

**2.**

Der Unterzeichner, Bevollmächtigter der Krankenkasse oder der Regionalleitung erklärt den beantragten Wechsel aufgrund folgender Gründe nicht anzuerkennen.

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

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

Unterschrift des Bevollmächtigten der Krankenkasse :

Stempel der Krankenkasse :



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