

Anvraag mutatie op <sup>(2)</sup>: ..... / ..... / .....MOD.550 | MOD.550 BIS<sup>(1)</sup>

## IN TE VULLEN DOOR DE GERECHTIGDE

HIER EEN KLEEFBRIEFJE AANBRENGEN

Naam : .....  
Voornaam : .....  
Geboortedatum : .....  
Rijksregisternummer : .....  
Straat en nr : .....  
Postcode en gemeente : .....

## UW MUTATIE

Tot op heden aangesloten bij (voormalig ziekenfonds) : .....  
Benaming van het ziekenfonds : .....  
Adres van het ziekenfonds : .....  
Nummer van het ziekenfonds: .....  
Inschrijvingsnummer (facultatief) : .....  
Datum : ..... / ..... / .....

Handtekening van de  
gerechtigde :

De ondergetekende, afgevaardigde van het ziekenfonds, verklaart deze mutatie te aanvaarden overeenkomstig met de wettelijke bepalingen.

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

Handtekening van de afgevaardigde :

Naam van de adviseur :

Stempel van het ziekenfonds :

(1) Schrappen wat niet past

(2) 1 januari, 1 april, 1 juli, 1 oktober (met uitzondering van NMBS: werkelijke datum). Opgelet: de aanvraag tot mutatie kan door u worden ingetrokken bij uw huidige verzekeringsinstelling tot de laatste werkdag vóór deze datum.

(3) De hoedanigheid zoals bedoeld in artikel 32 en/of 33 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994

VERKLARING IN TE VULLEN DOOR HET VOORMALIG ZIEKENFONDS (één van beide mogelijkheden doorstrepen)

**1.**

De ondergetekende, afgevaardigde van het ziekenfonds of de gewestelijke dienst, verklaart deze mutatie te aanvaarden overeenkomstig de wettelijke bepalingen.

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

Handtekening van de afgevaardigde :

Stempel van het ziekenfonds :

Hierbij worden de volgende bijlagen bijgevoegd:

- *Bijlage A: gezinssamenstelling*
- *Bijlage 1: verzekeraarheid*
- *Annexe 2 : prestations*
- *Bijlage 3: internationale verdragen*
- *Bijlage 4: uitkeringen*

**2.**

De ondergetekende, afgevaardigde van het ziekenfonds of de gewestelijke dienst, verklaart deze mutatie niet te aanvaarden om volgende reden:

.....

.....

.....

.....

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

Handtekening van de afgevaardigde :

Stempel van het ziekenfonds :



Wil je een snelle verwerking? Upload je ingevuld formulier in enkele klikken via het tabblad «Document verzenden» op MyMutualia. Het originele papieren document is niet meer nodig. Simpel, snel, efficiënt!

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