Mutualia

AUFNAHMEANTRAG[1]

Obligatorische Informationen im Rahmen eines Aufnahmeantrags für die Gesundheitspflege und Entschädigungspflichtversicherung[2]

VOM HAUPTVERSICHERTEN AUSZUFÜLLEN BÜRO/ABTEILUNG (DER KRANKENKASSE VORBEHALTENES FELD): ..... / .....

Nachname: .....

Vorname: .....

Nationalregister-Nr.[3]: ..... Geburtsdatum[4]: ..... / ..... / .....

Straße und Hausnummer: ..... BK: .....

PLZ und Gemeinde: .....

Herkunftsland : ..... Staatsangehörigkeit: ..... Geschlecht: M ☐ W ☐

Tel.: ..... E-Mail: .....

Ich:

☐ bin Begünstigter der belgischen Kranken- und Invalidenversicherung; bei der früheren Krankenkasse war ich:

☐ Hauptversicherter ☐ Person zu Lasten

ODER KLEBEN SIE HIER IHRE VIGNETTE AUF

bei folgendem versicherer : .....

☐ (ankreuzen nur im Falle eines Wechsels). Ich bin derzeit arbeitsunfähig und erhalte eine Entschädigung von der Krankenkasse.

☐ unterliege anderen Rechtsvorschriften

Ich bin Inhaber eines von der Direktion Protokoll ausgestellten besonderen Personalausweises[5]: Ja/Nein

Familienstand: ledig – verheiratet – getrennt lebend – getrennt – geschieden – verwitwet

Kontonummer: .... BIC: .....

beantrage meine Aufnahme als:

☐ Arbeiter(in)	☐ Angestellte(r)	☐ Arbeitslose(r)	☐ Bedienstete(r) des öffentlichen Sektors
☐ Sonstiges	☐ Studierende(r)	☐ Witwer/Witwe	☐ Selbständige(r)
☐ Pensionierte(r)	☐ Ansässige(r)	☐ Grenzgänger(in)	☐ Mitglied einer Glaubensgemeinschaft
☐ EKVK	☐ S1	☐ S2	☐ Invalide

und verpflichte mich, die gesetzlichen Bestimmungen der Kranken- und Invalidenpflichtversicherung einzuhalten.

☐ Ich möchte für das Online-Portal "MyMutualia" registriert werden und bin damit einverstanden, dass die Informationen zu meiner Akte über diese Plattform zugänglich sind. Bitte beachten Sie, dass die Plattform nur auf Französisch und Niederländisch verfügbar ist.

Ihre Unterschrift (oder die Ihres gesetzlichen Vertreters):

Datum der Unterschrift: ..... / ..... / .....

Mir ist bewusst, dass ich mit der Unterzeichnung des Antrags auf Mitgliedschaft der Satzung des Versicherungsträgers zustimme[6].

[1] Artikel 118 des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes (freie Wahl des Versicherungsträgers) – Artikel 252 des K. E. vom 3. Juli 1996 (Antrag auf Mitgliedschaft in einer Krankenkasse).
[2] Diese Daten werden im Rahmen des Gesetzes über den Schutz des Privatlebens verarbeitet.
[3] Siehe Personalausweis auf der Rückseite oben links.
[4] Das Geburtsdatum muss bei Aufnahmen ausgefüllt werden, wenn man über keine ENSS verfügt.
[5] Personen, die dem in Belgien akkreditierten Personal an diplomatischen und konsularischen Vertretungen angehören und die als solche Inhaber eines von der Direktion Protokoll des FÖD Auswärtige Angelegenheiten ausgestellten besonderen Personalausweises sind, können ab dem 1. September 2013 nicht mehr als „Personen, die im Nationalregister der natürlichen Personen eingetragen sind", wie in Artikel 32 Absatz 1 Nr. 15 des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung angegeben, aufgenommen werden.
[6] Artikel 12 § 2 des Gesetzes vom 6. August 1990 über die Krankenkassen und Krankenkassenlandesverbände. Diese können bei der Krankenkasse oder dem Krankenkassenlandesverband angefordert werden.
Durch die Verwendung dieses Formulars entscheiden Sie sich dafür, Mitglied dieser Krankenkasse zu werden. Durch diese Mitgliedschaft haben Sie Anspruch auf Leistungen und Entschädigungen der Pflichtversicherung, wenn alle entsprechenden verordnungsrechtlichen Bedingungen erfüllt sind. Die Bedingungen sind immer dieselben, unabhängig von der Krankenkasse Ihrer Wahl. Durch die Pflichtversicherung haben Sie Anspruch: a) auf die Erstattung Ihrer Gesundheitspflegeausgaben (Arzneimittel, Arzthonorare, Krankenhauskosten usw.), b) auf Arbeitsunfähigkeitsentschädigung (um den Einkommensausfall auszugleichen, wenn Sie aufgrund Ihres Gesundheitszustandes nicht mehr in der Lage sind zu arbeiten), c) auf Mutterschaftsgeld (um den Einkommensausfall bei der Mutterschaftsruhe auszugleichen), d) auf Vaterschafts- und Adoptionsurlaub (um den Einkommensausfall im Fall eines Vaterschafts- oder Adoptionsurlaubs auszugleichen).

IHRE PERSONEN ZU LASTEN[7]

☐ Ich habe Personen zu Lasten, die ich anmelden möchte, um in den Genuss eines abgeleiteten Rechts auf Gesundheitsversorgung zu kommen.

Als Personen zu Lasten können aufgenommen werden: Ihr(e) Ehepartner(in), ein(e) Zusammenwohnende(r)[8], Ihre Kinder oder Ihre Verwandten in aufsteigender Linie[9] [10]. Alle Kategorien mit Ausnahme der Kinder müssen Einkommensbedingungen erfüllen, um als Personen zu Lasten in Betracht zu kommen[11].

Vorname:..... Nachname: .....
Nationalregisternummer[3]: ..... Geburtsdatum[4]: ..... / ..... / .....
Verwandtschaftsverhältnis[12]: ..... Geschlecht: W ☐ M ☐

Vorname:..... Nachname: .....
Nationalregisternummer[3]: ..... Geburtsdatum[4]: ..... / ..... / .....
Verwandtschaftsverhältnis[12]: ..... Geschlecht: W ☐ M ☐

Vorname:..... Nachname: .....
Nationalregisternummer[3]: ..... Geburtsdatum[4]: ..... / ..... / .....
Verwandtschaftsverhältnis[12]: ..... Geschlecht: W ☐ M ☐

Vorname:..... Nachname: .....
Nationalregisternummer[3]: ..... Geburtsdatum[4]: ..... / ..... / .....
Verwandtschaftsverhältnis[12]: ..... Geschlecht: W ☐ M ☐

Vorname:..... Nachname: .....
Nationalregisternummer[3]: ..... Geburtsdatum[4]: ..... / ..... / .....
Verwandtschaftsverhältnis[12]: ..... Geschlecht: W ☐ M ☐

Vorname:..... Nachname: .....
Nationalregisternummer[3]: ..... Geburtsdatum[4]: ..... / ..... / .....
Verwandtschaftsverhältnis[12]: ..... Geschlecht: W ☐ M ☐

(7) Verpflichtend auszufüllen, wenn man Personen zu Lasten anmelden möchte.
(8) Hinweis: Es ist nicht möglich, zugleich eine(n) Ehepartner(in) und eine(n) Zusammenwohnende(n) zu Lasten zu haben. Artikel 123 des K. E. vom 3. Juli 1996.
(9) Verwandte in aufsteigender Linie sind Verwandte und/oder Verschwägerte in aufsteigender Linie, z. B. Eltern, Schwiegereltern, Großeltern.
(10) Artikel 123 des K. E. vom 3. Juli 1996.
(11) Artikel 124 des K. E. vom 3. Juli 1996.
(12) Mit einer der folgenden Optionen ausfüllen: Ehepartner(in)/Zusammenwohnende(r)/Kind/Verwandte(r) in aufsteigender Linie

MyMutualia

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