

Union Nationale des Mutualités libérales
Mutualité du Luxembourg

**DEMANDE D'INSCRIPTION OU DE REINSCRIPTION (*)
EN QUALITE DE TITULAIRE**

O.A. 418
Avenue de la Gare, 37
6700 ARLON
Tél. : 063/24.53.00

Je soussigné(e) : **(Mentions obligatoires)**

Nom (en majuscules) :

Prénoms (en majuscules) :

Ayant ma résidence principale à :(commune).....(code postal)

.....(Rue).....(numéro).....(boîte)

Date de naissance :

Numéro de registre national ou bis :

Carte d'identité : OUI / NON (biffer la mention inutile)

N° carte SIS :(dans le coin inférieur gauche de la carte SIS)

Si pas de carte SIS, mentionner la raison :

Nationalité : Sexe : M / F (biffer la mention inutile)

Etat civil : (biffer les mentions inutiles)

non marié - marié – séparé de corps – conjoint séparé – séparé de faits – veuve – veuf –divorcé

Numéro de téléphone ou de GSM (où vous joindre en journée) :

Numéro de compte bancaire :

Code IBAN :

Code BIC :

Adresse e-mail :

Sollicite mon inscription auprès de votre organisme à partir du/...../.....

au régime de (biffer la mention inutile) :

- Régime général (salarié : employé – ouvrier) ;
- Régime des travailleurs indépendants ;
- Autre :

(*) Inscription : première inscription en tant que titulaire à une mutualité sous contrôle de l'I.N.A.M.I.

Reinscription : après avoir été sous droit en tant que titulaire pendant au moins 2 ans.

COMPOSITION DE MENAGE (à fournir dans certains cas)

1) CONJOINT

Nom et prénom :

Date de naissance :/...../.....

Le conjoint a – t – il également la qualité de titulaire ?

OUI / NON (biffer la mention inutile)

Dans l'affirmative : inscrit auprès de l'organisme assureur :

.....

.....

.....

En qualité de :

Numéro d'affiliation :

Si pas de carte SIS, mentionner la raison :

2) PERSONNE COHABITANTE

Nom et prénom :

Date de naissance :/...../..... numéro national ou numéro bis :

N° de carte SIS (dans le coin gauche de la carte SIS) :

Si pas de carte SIS, mentionner la raison :

3) ENFANTS

Nom et prénom Date de naissance Numéro national ou bis Sexe N° carte SIS

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

Si pas de carte(s) SIS, mentionner la raison :

VOS AVANTAGES EN ASSURANCE COMPLEMENTAIRE.

Je désire souscrire à : (cocher ce qui convient)

- L'assurance complémentaire (Hôpital Liberté comprise dans votre cotisation sans supplément et sans exclusion !)**
- L'assurance complémentaire
+ l'assurance hospitalière « Hôpital Plus 100 ».**
- L'assurance complémentaire
+ l'assurance hospitalière « Hôpital Plus 200 ».**

Je paierai les cotisations : (cocher ce qui convient).

- Par domiciliation bancaire via mon compte en banque sous mentionné.**
- Par le bulletin de virement qui me sera envoyé.**

Je m'engage :

A respecter les dispositions légales de l'assurance obligatoire maladie – invalidité et de payer les cotisations complémentaires mutualistes.

A signaler **immédiatement** à mon organisme assureur, toutes les modifications qui pourraient intervenir dans la composition de mon ménage, tout changement d'adresse ainsi que toute modification en ce qui concerne ma qualité.

A respecter strictement la réglementation et les statuts de la Mutualité du Luxembourg.

Je suis également conscient du fait qu'une déclaration fausse ou incomplète peut entraîner la récupération des prestations accordées.

A,
Le :

Signature,

La personne qui signe doit opposer avant sa signature, la mention « LU ET APPROUVE »