

ASSURANCE OBLIGATOIRE

Je certifie :

Être bénéficiaire d'une législation étrangère :

Mentionner ici la législation étrangère applicable :

Pays : _____ document CEE : _____

document bilatéral : _____

Ne jamais avoir été soumis(e) en vertu de la législation de la sécurité sociale belge au régime général ou au statut social des travailleurs indépendants.

Ne pas être inscrit(e) en qualité de titulaire auprès d'un autre organisme assureur belge.

Avoir été inscrit(e) comme personne à charge auprès de l'organisme assureur suivant :

Jusqu'au : .../ /200

Nom et prénom du titulaire à charge duquel je suis ou j'ai été inscrit(e) comme personne à charge : _____

N° d'affiliation de cette personne : _____

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

Etre affilié (e) jusqu'au .../ / comme titulaire auprès d'un autre organisme assureur, auprès d'un autre régime Belge d'assurance soins de santé organisé par un état membre de l'espace européen ou d'un autre état avec lequel la Belgique a conclu un accord relatif à la sécurité sociale, d'un organisme de droit européen établi en Belgique, qui prévoit une intervention dans le coût des soins de santé.

Dénomination : _____

Adresse : _____

Organisme : _____

Numéro d'affiliation : _____

Que la mutualité auprès de laquelle j'étais inscrit(e) comme titulaire, a été fusionné ou a fait l'objet d'une mutation collective. Dénomination de cette mutualité :

COMPOSITION DE MENAGE (à fournir dans certains cas)

1) CONJOINT

Nom et prénom : í .
Date de naissance : í ../í ../í ...

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 :

í
í
í í

En qualité de : í

Numéro d'affiliation : í í í í í í í í í í í í

Si pas de carte SIS, mentionner la raison : í í í í í í í í í í í í í í í í í

2) PERSONNE COHABITANTE

Nom et prénom : í ..
Date de naissance : í ../í ../í í . numéro national ou numéro bis : í í í í í í í í í í í
N° de carte SIS (dans le coin gauche de la carte SIS) : í í í í í í í í í í í í í í í í í í .
Si pas de carte SIS, mentionner la raison : í .

3) ENFANTS

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

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

ASSURANCES COMPLEMENTAIRES (facultatives).

Je désire : (cocher ce qui convient)

Payer l'assurance complémentaire de base ;

Payer l'assurance complémentaire de base + l'assurance hospitalière « Hôpital Liberté » ;

Payer l'assurance complémentaire de base + l'assurance hospitalière « Hôpital Plus » ;

Ne souscrire à aucune assurance complémentaire ;

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

Par domiciliation bancaire via mon compte en banque sous mentionné ;

Dans un bureau local ;

Par le bulletin de virement qui me sera envoyé ;

Je m'engage :

A respecter les dispositions légales de l'assurance obligatoire maladie ó invalidité et de payer la cotisation administrative et 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 fautive 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 »