

# MUTATIE

Datum waarop de mutatie ingaat:         (1)

**Opgelet: De aanvraag om mutatie kan door u worden ingetrokken bij uw huidige verzekeringsinstelling tot de laatste werkdag vóór deze datum.**

**Gerechtigde waarvoor de mutatie aangevraagd wordt:**

Naam:

Voor naam:

INSZ-nummer (2):


Geboortedatum:       (3)

Burgerlijke staat:  (4)

Hoofdverblijfplaats:

Straat:  Nr:  Bus:

Postcode:  Plaats:  Land:

Tot op heden aangesloten bij: <i>(vroeger ziekenfonds of klevertje aanbrengen)</i>	Wenst ingeschreven te worden bij: <i>(nieuw ziekenfonds)</i>
Benaming van het ziekenfonds: .....	 203 Hoogstratenplein 1 -2800 Mechelen
.....	
Nummer van het ziekenfonds: .....	
Inschrijvingsnummer (facultatief): .....	

Datum:

**Handtekening van de gerechtigde:**

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

Datum:

Handtekening ziekenfondsverantwoordelijke:

**Stempel van het ziekenfonds:**

(1) 1 januari, 1 april, 1 juli, 1 oktober.

(2) Zie identiteitskaart achteraan bovenaan links (rijksregisternummer).

(3) De geboortedatum dient ingevuld te worden bij de inschrijvingen waar men niet over een rijksregisternummer beschikt.

(4) Schrappen wat niet past.

# VERKLARING IN TE VULLEN DOOR HET OUDE ZIEKENFONDS

(wordt door ons naar uw vorig ziekenfonds opgestuurd)

Eén van beide mogelijkheden (1. of 2.) doorstrepen:

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

Datum:    | 2 | 0 |

Handtekening ziekenfondsverantwoordelijke:

Stempel van het ziekenfonds:

*Hierbij worden de verschillende bijlagen gevoegd:*

*Bijlage A: gezinssamenstelling*

*Bijlage 1: verzekerbareid*

*Bijlage 2: prestaties*

*Bijlage 3: internationale verdragen*

*Bijlage 4: uitkeringen.*

2. De ondergetekende afgevaardigde van het ziekenfonds of gewestelijke dienst, verklaart deze mutatie niet te aanvaarden om volgende redenen:

Datum:    | 2 | 0 |

Handtekening ziekenfondsverantwoordelijke:

Stempel van het ziekenfonds: