

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:	 <p style="text-align: right;">203</p> <p style="text-align: center;">Hoogstratenplein 1 -2800 Mechelen</p>
.....	
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 | 1 |

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 | 1 |

Handtekening ziekenfondsverantwoordelijke:

Stempel van het ziekenfonds: