

demande d'inscription

Agent 1: 42185 Agent 2 :

CPP

☎: 02 735 80 55

✉:

N° de prospect :

mes données (en majuscules)

nom

(nom de jeune fille si femme mariée)

prénom

date de naissance

n° de registre national

adresse officielle

adresse courrier

si différente de
l'adresse officielle

état civil

/ / sexe m f langue N F
 nationalité
 rue n° boîte
 code postal commune
 pays
 tél. privé gsm
 tél. bureau fax
 e-mail
 personne de contact
 rue n° boîte
 code postal commune
 pays
 célibataire marié veuf divorcé séparé
 depuis le / /

je souhaite m'affilier à Euromut Mutualité Libre en tant que

employé demandeur d'emploi indemnisé étudiant enseignement supérieur
 ouvrier pensionné handicapé
 agent du secteur public veuf handicapé du régime indépendant
 travailleur indépendant résident autre à préciser

et suis d'accord avec la condition statutaire d'affiliation à l'assurance complémentaire

les remboursements de mes soins de santé peuvent être versés sur le

compte financier N° - -
 au nom de
 je désire obtenir sur mes extraits de compte bancaire le nom du prestataire des soins qui me sont remboursés par la mutualité

je suis/j'étais affilié jusqu'au / / à la mutualité suivante
 nom et n° INAMI ou vignette
 adresse

 comme titulaire personne à charge de

j'étais assujéti jusqu'au / / à une assurance maladie étrangère, un autre régime belge d'assurance soins de santé (ex. SNCB, OSSOM, ...) ou un organisme de droit européen établi en Belgique (ex. CE, SHAPE, OTAN, ...), qui prévoit une intervention dans le coût des soins de santé
nom et adresse

je suis/j'étais indépendant du / / au / /
dénomination de la Caisse d'Assurances Sociales
activité exercée
comme titre principal titre accessoire

composition du ménage (remplir ou coller des vignettes)

A époux cohabitant

nom ou vignette
prénom
date de naissance / /
n° de registre national
sexe m f

nom mutualité actuelle
il/elle est maintenant titulaire personne à charge
et doit être inscrit chez Euromut comme personne à ma charge
oui non

B enfant(s): (à inscrire à charge du titulaire)

nom ou vignette
prénom
date de naissance / /
n° de registre national
sexe m f

nom ou vignette
prénom
date de naissance / /
n° de registre national
sexe m f

nom ou vignette
prénom
date de naissance / /
n° de registre national
sexe m f

nom ou vignette
prénom
date de naissance / /
n° de registre national
sexe m f

date
signature

si la demande d'inscription n'a pas été complétée par le titulaire lui-même, celui-ci doit apposer avant sa signature, la mention "lu et approuvé"

En vertu de l'article 4 de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel, nous vous informons que les données personnelles recueillies auprès de vous l'ont été dans le cadre de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, et plus particulièrement dans le cadre de notre mission de participation à l'exécution de l'assurance obligatoire, sous la responsabilité du maître du fichier : l'Union Nationale des Mutualités Libres, 19 rue Saint-Hubert, 1150 Bruxelles. En ce qui concerne la gestion de l'assurance complémentaire et de l'assurance libre « petits risques », vos données personnelles ont été recueillies sous la responsabilité du maître du fichier : la mutualité Euromut Mutualité Libre, boulevard Louis Mettwie 74-76 à 1080 Bruxelles. Vous avez le droit de prendre gratuitement connaissance de vos données personnelles enregistrées et, le cas échéant, de les faire rectifier ou supprimer conformément aux dispositions de la loi du 8 décembre 1992. Pour tout renseignement complémentaire concernant ce traitement, nous vous invitons à nous contacter au 02/44.44.111 ou par e-mail : info@euromut.be.