

Employé : Section n°: N° d'affiliation : /

DEMANDE D'INSCRIPTION
auprès de la mutualité du Brabant wallon

Informations¹ obligatoires pour une demande d'inscription au sens de l'AMI²

Nom : Prénom :
NISS³ : Date de naissance⁴ :
Sexe : M / F Nationalité :

Mutualité précédente / actuelle⁵ :

OUI
NON

NON

Titulaire d'une carte d'identité spéciale,
délivrée par la Direction du Protocole⁶ :

OUI

NON

*Collez ici une vignette
de votre mutuelle*

Informations complémentaires

Rue : N°: Boite :
Code postal : Commune :
N° de téléphone :
N° de GSM :
E-mail :

État civil :

Célibataire Séparé(e) Marié(e) Divorcé(e)

Cohabitant(e) Cohabitant(e) légal(e) Veuf(ve)

Nom et prénom du conjoint(e)/cohabitant(e) :

N° national : Date de naissance :

Informations complémentaires (SUITE)

J'autorise la mutualité à verser, à partir de ce jour et jusqu'à révocation de ma part, sur le compte financier les remboursements de soins de santé, les indemnités d'incapacité de travail et les avantages complémentaires.

Numéro de compte IBAN : - - -

BIC :

Ouvert :

- À mon nom
- Au nom de.....

Informations complémentaires concernant le demandeur de l'inscription

Sollicite mon affiliation en qualité de :

- Employé(e) Ouvrier(e) Agent du service public Indépendant(e) Veuf(ve)
- Pensionné(e) Frontalier(e) Chômeur(se) Titulaire du Registre national Handicapé(e)
- Autre. Précisez :

Je confirme par la présente être actuellement inscrite en qualité de :

- Titulaire
- Personne à charge
- Je n'ai jamais été assujetti(e) à la Sécurité sociale

- J'ai été assujetti(e) à un autre régime belge d'assurance soins de santé,
- J'ai été assujetti(e) à un régime d'assurance soins de santé organisé par un État membre de la CEE ou par un pays avec lequel la Belgique a conclu un accord concernant la sécurité sociale, organisme de droit européen établi en Belgique, qui prévoit une intervention dans le coût des soins de santé :

Dénomination de la caisse étrangère :

Adresse :

Vos personnes à charge⁷

J'ai des personnes que je souhaiterais inscrire à ma charge pour pouvoir bénéficier d'un droit dérivé aux soins de santé.

Peuvent être inscrites comme personnes à charge : votre conjoint(e), un(e) cohabitant(e)⁸, vos enfants ou vos ascendants⁹. Toutes¹⁰ les catégories, à l'exception des enfants, doivent satisfaire à des conditions de revenus pour pouvoir entrer en ligne de compte comme personne à charge¹¹.

Nom : Prénom :

N° national : Date de naissance¹² :

Sexe : M / F

Lien de parenté : Conjoint(e) Cohabitant(e) Enfant Ascendant(e)

Nom : Prénom :

N° national : Date de naissance¹² :

Sexe : M / F

Lien de parenté : Conjoint(e) Cohabitant(e) Enfant Ascendant(e)

Nom : Prénom :

N° national : Date de naissance¹² :

Sexe : M / F

Lien de parenté : Conjoint(e) Cohabitant(e) Enfant Ascendant(e)

Nom : Prénom :

N° national : Date de naissance¹² :

Sexe : M / F

Lien de parenté : Conjoint(e) Cohabitant(e) Enfant Ascendant(e)

Nom : Prénom :

N° national : Date de naissance¹² :

Sexe : M / F

Lien de parenté : Conjoint(e) Cohabitant(e) Enfant Ascendant(e)

Veuillez joindre une copie de votre carte d'identité et une copie de votre carte bancaire

Je m'engage à signaler immédiatement à mon organisme assureur toute modification qui pourrait intervenir dans la composition de mon ménage, tout changement d'adresse, tout changement de compte bancaire ainsi que toute modification concernant ma qualité sociale.

Je m'engage à respecter les statuts de Solidaris, parmi lesquels l'obligation du paiement de la cotisation complémentaire (celle-ci vous donne droit à des remboursements et avantages repris dans la brochure).

Je m'engage à payer une cotisation de responsabilisation due par année et par titulaire au 1^{er} janvier. Si celle-ci n'a pas encore été payée à la mutualité, nous la percevrons pour elle.

Votre signature (ou celle de votre représentant légal avec justificatif)

“Je suis conscient(e) que la signature de la demande d'affiliation entraîne l'adhésion aux statuts de l'organisme assureur¹³.”

Date de signature : / /

Si la demande d'inscription n'a pas été complétée par le titulaire lui-même, ce dernier doit apposer avant sa signature la mention “lu et approuvé”.

¹ En utilisant ce formulaire, vous choisissez de vous affilier auprès de cette mutualité. Cette affiliation vous donne droit aux interventions et indemnités de l'assurance obligatoire si toutes les conditions réglementaires ad hoc sont remplies. Il s'agit toujours des mêmes conditions, quelle que soit la mutualité de votre choix. L'assurance obligatoire vous donne droit :

a) au remboursement de vos dépenses en soins de santé (médicaments, honoraires de médecins, frais d'hôpital,...) ;

b) aux indemnités d'incapacité de travail (pour compenser la perte de revenus lorsque vous n'êtes plus capable de travailler en raison de votre état de santé) ;

c) aux indemnités de maternité (pour compenser la perte de revenus en cas de repos de congé de maternité) ;

d) au congé de paternité et d'adoption (pour compenser la perte de revenus en cas de congé de paternité ou de congé d'adoption).

² Ces données sont traitées dans le cadre de la loi relative à la protection de la vie privée.

³ Voir carte SIS en haut à droite ou carte d'identité au verso en haut à gauche.

⁴ La date de naissance doit être complétée lors d'inscriptions lorsque l'on ne dispose pas d'un NISS.

⁵ Le numéro de votre mutualité se compose de 3 chiffres dont le premier désigne l'union nationale et les 2 autres la mutualité spécifique. Si vous avez déjà été affilié auprès d'une mutualité, vous entourez « oui » et indiquez les 3 chiffres correspondant à votre ancienne mutualité. Si vous n'avez pas été affilié auprès d'une mutualité, vous entourez « non ».

⁶ Les personnes qui appartiennent au personnel des missions diplomatiques et consulaires accrédité en Belgique et qui sont en tant que telles détentrices d'une carte d'identité spéciale délivrée par la Direction du Protocole su SPF Affaires étrangères, ne peuvent plus, à partir du 1^{er} septembre 2013, être inscrites en qualité de « personnes inscrites au Registre national », comme visé à l'article 32, alinéa 1, 15° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

⁷ À compléter obligatoirement lorsque l'on souhaite inscrire une personne à charge.

⁸ Attention: il est impossible d'avoir un(e) conjoint(e) et un(e) cohabitant(e) à charge simultanément. Article 123 de l'AR du 03 juillet 1996.

⁹ Les ascendants sont des parents et/ou alliés en ligne ascendante, p.ex. parents, beaux-parents, grands-parents.

¹⁰ Article 123 de l'AR du 03 juillet 1996.

¹¹ Article 124 de l'AR du 03 juillet 1996.

¹² La date de naissance doit être complétée lors d'inscriptions lorsque l'on ne dispose pas d'un NISS.

¹³ Art. 12 §2 de la loi du 06 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités. Ceux-ci peuvent être demandés à la mutualité ou à l'union nationale.



PROTECTION DE VOS DONNEES ET L'UTILISATION :

Je soussigné (NISS.....) autorise expressément au traitement informatisé de toutes les données communiquées par Solidarité Brabant wallon. La finalité du traitement est de vous tenir informé des avantages et services proposés par Solidarité Brabant wallon et ses partenaires. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou de modification de vos données, conformément à la loi relative à la protection de la vie privée du 8 décembre 1992. Vous pouvez à tout moment vous opposer au traitement de vos données à des fins de marketing direct sur simple demande écrite et adressée à Solidarité Brabant wallon, département communication, chaussée de Mons, 228 à 1480 Tubize.

Date :

Signature :