

Besoin d'explications ? N'hésitez pas à nous appeler!  
 Service Clients : 02/549 76 00  
 Boulevard Anspach 1, 1000 Bruxelles

Reservé à Partenamut

Cocher ou remplir les cases utiles

N°Externe

### 1 MES DONNÉES PERSONNELLES

1.1 Nom (de jeune fille) :

Prénom :

né(e) le :

N° de registre national (voir carte d'identité ou carte SIS) :

Sexe :  M  F

Nationalité :

N° de carte SIS :

Validité à partir du :

1.2 État civil  Célibataire  Veuf(ve)  Séparé(e)  Marié(e)  Divorcé(e)

Nom du conjoint :

N° d'inscription du conjoint auprès de Partenamut :

1.3 Domicile

Rue :

N° :

Bte :

Code postal :

Pays :

Localité :

Tél.privé :

Tél.bureau :

GSM :

Fax :

E-mail :

Je m'inscris gratuitement à partenamut@home et mon adresse e-mail sera mon 1er nom d'utilisateur

Adresse à laquelle je souhaite recevoir mon courrier (si différente du domicile)

C/O nom :

Rue :

N° :

Bte :

Code postal :

Pays :

Localité :

1.4 Le N° de compte en banque sur lequel seront versés mes remboursements

Institution financière :

IBAN :

BIC :

Ces codes sont indiqués sur vos extraits de banque.

Nom du titulaire du compte :

Prénom du titulaire du compte :

1.5 Je paie ma cotisation  par domiciliation et je remplis le document ci-joint ou

par virement

trimestriellement

semestriellement

annuellement

1.6 Je sollicite mon inscription à l'Assurance Obligatoire et à l'Assurance Complémentaire en qualité de

Ouvrier

Indépendant

Handicapé

Sportif professionnel

Employé

Pensionné

Veuf

Étudiant

Résident

Chômeur

Religieux

Agent du Service Public

1.7 Je connais Partenamut via

une connaissance

la télévision

la radio

la presse

une agence Partenamut

un événement ou un salon

un courrier qui m'a été adressé

autre

une autre entreprise PARTENA (ex. secrétariat social, allocations familiales, ASI)

1.8 Je bénéficie d'une assurance hospitalisation

Hospitalia

via mon employeur

via mon conjoint

je n'en bénéficie pas

## 2 LES PERSONNES À INSCRIRE À MA CHARGE

### 2.1 Conjoint/Cohabitant (biffer la mention inutile)

Nom:

Prénom:  né(e) le:

N° de registre national (voir carte d'identité ou carte SIS):  -  -

Sexe:  M  F Nationalité:

N° de carte SIS:  Validité à partir du:

### 2.2 Enfant:

Nom:

Prénom:  né(e) le:

N° de registre national (voir carte d'identité ou carte SIS):  -  -

Sexe:  M  F Nationalité:

N° de carte SIS:  Validité à partir du:

Nom:

Prénom:  né(e) le:

N° de registre national (voir carte d'identité ou carte SIS):  -  -

Sexe:  M  F Nationalité:

N° de carte SIS:  Validité à partir du:

Nom:

Prénom:  né(e) le:

N° de registre national (voir carte d'identité ou carte SIS):  -  -

Sexe:  M  F Nationalité:

N° de carte SIS:  Validité à partir du:

### 2.3 Ascendant:

Nom:

Prénom:  né(e) le:

N° de registre national (voir carte d'identité ou carte SIS):  -  -

Sexe:  M  F Nationalité:

N° de carte SIS:  Validité à partir du:

Justificatifs à joindre: pour tous: composition de ménage (à demander à votre administration communale).

Pour les conjoints/cohabitants et ascendants: Déclaration de revenus (à demander à Partenamut).

## 3 MA SITUATION ACTUELLE

### 3.1 À ce jour

Je n'ai jamais été inscrit(e) auprès d'une mutualité

Je suis affilié(e) à la mutualité Partenamut, N° d'affiliation:

Je suis affilié(e) à une autre mutualité:

Comme titulaire (veuillez signer un formulaire de mutation)

Comme personne à charge

COLLER ICI UNE VIGNETTE DE  
VOTRE ANCIENNE MUTUALITÉ

### 3.2 Je déclare avoir été affilié(e) jusqu'au à:

A un autre régime belge d'assurance Soins de Santé (OSSOM, Caisse des marins, SNCB)

B un organisme de droit européen ayant son siège en Belgique (UE, OTAN, SHAPE, etc.)

C un régime d'Assurance Soins de Santé étranger

Justificatifs à joindre pour la période assurée. Si A ou B: Attestation de l'employeur. Si C: Document de convention internationale.

3.3  Je suis actuellement en incapacité de travail ou en invalidité

Je prends actuellement des médicaments nécessitant l'accord du médecin-conseil attaché à la mutualité

Fait à:

Le:  Signature,