

Formulaire d'affiliation



Remettez ce formulaire dûment complété à votre agence locale ou envoyez-le à :

Mutualité Partena
Sluisweg 2 bte 1 - 9000 Gent

Davantage d'informations: www.partena-mutualite.be

Agence / Section /

Numéro d'agent :

Données personnelles (telles que mentionnées sur la carte d'identité)

Nom : Prénom :

Date de naissance : Sexe : M F

Etat civil : marié(e) célibataire
 divorcé(e) séparé(e) veuf (veuve)

Nationalité : Langue: F N

Numéro de Registre national :

Adresse du domicile

Rue : N° : Bte :

Localité : Code postal :

Tél: Gsm:

E-mail:

Adresse courrier (seulement si différente de l'adresse ci-dessus):

Rue : N° : Bte :

Localité : code postal :

Titulaire d'une carte d'identité spéciale, délivrée par la Direction du Protocole¹: Oui Non

Vignette de l'ancienne mutualité

ou nom et adresse de l'ancienne mutualité :

Statut

ouvrier employé chômeur services publics résident
 indépendant pensionné étudiant travailleur frontalier handicapé

Mode de paiement

Par domiciliation mensuelle Par virement annuel

La Mutualité Partena travaille avec Zoomit pour faciliter vos opérations de paiement.

Je souhaite recevoir ma formule de virement ou mon calendrier de paiement par Zoomit.

Indiquez ici votre numéro de compte bancaire belge IBAN :

Compte bancaire pour les remboursements (ces données sont indispensables pour garantir des remboursements rapides et corrects des attestations de soins donnés, notamment)

Remboursements sur compte bancaire

IBAN:

BIC:

S'il ne s'agit pas de votre compte bancaire, mentionnez les coordonnées du titulaire du compte :

Nom : Prénom :

Rue : N° : Bte :

Localité : Code postal :

Numéro de Registre national :



Coordonnées du partenaire qui souhaite s'affilier (des documents distincts sont nécessaires pour cette affiliation)

Nom : Prénom :
Numéro de Registre national ou date de naissance :
Nationalité : Sexe : M F
Le partenaire est personne à charge : Oui Non

Vignette de l'ancienne mutualité
ou nom et adresse de l'ancienne mutualité :

Autres membres du ménage (personnes à votre charge auprès de votre mutualité actuelle)

Nom & prénom :
Numéro de Registre national ou date de naissance Lien de parenté⁽¹⁾:
Nom & prénom :
Numéro de Registre national ou date de naissance Lien de parenté⁽¹⁾:
Nom & prénom :
Numéro de Registre national ou date de naissance Lien de parenté⁽¹⁾:
Nom & prénom :
Numéro de Registre national ou date de naissance Lien de parenté⁽¹⁾:

Existe-t-il un accord médical en cours ? oui non

Si OUI, pour	Pour qui
<input type="checkbox"/> médicament (marque)
<input type="checkbox"/> orthodontie
<input type="checkbox"/> logopédie
<input type="checkbox"/> kinésithérapie
<input type="checkbox"/> aides médicales (par ex. voiturette,...)
<input type="checkbox"/> appareil auditif
<input type="checkbox"/> autres :

Dossier Médical Global (DMG)

Il existe actuellement un DMG :

Pour qui :	Nom du médecin :
.....
.....
.....
.....

Bénéficiez-vous actuellement d'un revenu de remplacement pour incapacité de travail ? oui non

Souhaitez-vous que nous vous contactions pour vous fournir des informations complémentaires sur :

nos assurances hospitalisation notre assurance soins dentaires notre assurance frais médicaux

(1) Compléter une des options : époux(se) et cohabitant(e)/enfant/ascendant(e)

Date :

Signature

J'ai bien conscience que la signature de la demande d'inscription entraîne l'adhésion aux statuts de l'organisme assureur.