

Démission volontaire Protection sociale flamande



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

Mutualité Partena
Sluisweg 2 boîte 1 - 9000 Gent
zorgkas@partena-ziekenfonds.be

Je soussigné(e),

Numéro de registre national

habitant à Bruxelles, ne suis pas soumis(e) à l'obligation d'affiliation à la Protection sociale flamande (Vlaamse sociale bescherming).

C'est pourquoi j'exprime ma volonté de mettre un terme à cette assurance.

J'ai bien connaissance des conséquences de cette décision, à savoir que:

- Je perds mes droits à toute demande d'intervention
- Si je souhaite à nouveau m'affilier ultérieurement, je devrai effectuer un stage d'attente de 5 ans avant de pouvoir introduire une demande d'intervention

Merci de clôturer mon dossier au 31/12 de la dernière année dont j'ai réglé une cotisation.

J'ai bien conscience que si dans l'année en cours, je me trouvais encore dans l'obligation, légale d'être affilié(e), à une caisse d'assurance (Zorgkas), mon dossier ne pourra être clôturé qu'au 31/12 de l'année en cours.

Date :

Nom du client :

Signature :



JT22011D0000000430007200