

I. Je soussigné(e) :

Nom : (1) Prénom :

Résidence Principale : Rue : N° : Bte : ...

Code Postal : Localité :

Numéro national : - - Nationalité :

N° de la carte S.I.S : Période de validité :

Date de naissance : ... / ... /

Sexe : M F Etat civil : célibataire marié(e) séparé(e) de corps
 divorcé(e) veuf/veuve séparé(e) de fait

Téléphone : GSM :

E-mail :

Compte financier (IBAN) : _____ - _____ - _____ - _____ BIC : _____

II. Sollicite mon affiliation en qualité de :

Ouvrier(e) Employé(e) Chômeur (se) Agent du secteur public Indépendant(e) Pensionné(e)
 Handicapé(e) Etudiant(e) Membre d'une communauté religieuse Veuf/veuve Résident(e)

III. Je suis bénéficiaire (2) :

de l'assurance maladie-invalidité belge. Dans l'ancienne mutuelle, j'étais :

Titulaire (du ... / ... / au ... / ... /))

Personne à charge (du ... / ... / au ... / ... /) de :

Nom :

Prénom :

Numéro National : - -

Veuillez apposer une vignette de
votre ancienne mutualité

d'une autre législation :

Législation étrangère, CE, OSSOM, etc. A préciser :

+ joindre une attestation de couverture (E104, attestation RCAM, attestation OSSOM...)

IV. Conjoint ou cohabitant :

Nom : Prénom :

Numéro national : - -

Le conjoint a-t-il également la qualité de titulaire ? oui / non (2)

Si oui : a) inscrit auprès de l'organisme assureur : (3)

b) en qualité de : (4)

c) est à l'étranger (préciser le pays) :

V. Enfants / ascendants à inscrire à charge :

| Nom | Prénom | Numéro national (ou date de naissance) | Sexe (M/F) | N° ancienne mutualité | Carte SIS | |
|-----|--------|---|---------------|--------------------------|-----------|------------|
| | | | | | Numéro | Date début |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 ».*

(1) Nom de jeune fille pour la femme mariée

(2) Biffer les mentions inutiles

(3) Dénomination, adresse et numéro d'agrégation de la mutualité (ou joindre la vignette)

(4) Ouvrier, employé, ouvrier mineur, agent du secteur public, travailleur indépendant, pensionné, veuf/veuve du régime général, du secteur public ou du régime des travailleurs indépendants, handicapé, étudiant de l'enseignement supérieur, résident, membre d'une communauté religieuse, orphelin, ...

Par mon inscription, je suis affilié aux avantages et services de Symbio et 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 ainsi que toute modification en ce qui concerne ma qualité.

Par la signature du présent document, j'accepte de me conformer aux statuts et au règlement d'ordre intérieur de Symbio.

RESERVE A LA MUTUALITE

| | | |
|---|--|-------------------------------|
| Bureau : G. AdWords (98/060) Agent : Paraphe : N° d'inscription : | A. Agence B. Prospection C. Mailing D. Téléphone E. Contrat Spontané | V |
| F. Action Sport | | |