

**I. Je soussigné(e) :**

Nom : ..... (1) Prénom : .....

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

Code Postal : ..... Localité : .....

Numéro national : ..... - ..... - ..... Nationalité : .....

Date de naissance : ... / ... / ..... Sexe :  M  F

Souhaite recevoir toute correspondance en :  français  néerlandais

Titulaire d'une carte d'identité spéciale délivrée par la Direction du Protocole :  oui  non

Etat civil :  célibataire  marié(e)  divorcé(e)

cohabitant(e)  veuf/veuve  séparé(e)

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 :**

de l'assurance maladie-invalidité belge; dans l'ancienne mutuelle, j'étais :

Titulaire

Personne à charge

Veuillez apposer une vignette ou indiquer  
le numéro d'identification  
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. Vos personnes à charge :

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

Peuvent être inscrits comme personnes à charge : votre conjoint(e), un(e) cohabitant(e)<sup>(2)</sup>, vos enfants ou vos ascendants. Toutes les catégories, à l'exception des enfants, doivent satisfaire à des conditions de revenus pour pouvoir entrer en ligne de compte comme personnes à charge.

Nom	Prénom	Numéro national (ou date de naissance)	Sexe (M/F)	N° ancienne mutualité	Lien de parenté

Je souhaite également recevoir les documents pour souscrire à :

- l'assurance hospitalisation NEUTRA
- l'assurance dentaire DENTALIS
- l'épargne jeunes (de 14 à 26 ans)
- l'assurance dépendance "Neutrale Zorgkas Vlaanderen" (pour les membres de plus de 25 ans qui habitent à Bruxelles ou en Flandre)

En complétant ce formulaire, vous choisissez de vous affilier auprès de Symbio. Cette affiliation vous donne droit aux interventions et indemnités de l'assurance obligatoire pour autant que toutes les conditions réglementaires ad hoc soient remplies. Il s'agit toujours des mêmes conditions, quelle que soit la mutualité choisie. 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 congé de maternité); d) au congé de paternité et d'adoption (pour compenser la perte de revenus en cas de congé de paternité ou d'adoption).

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.

Date : ... / ... / .....

Votre signature\* : .....  
(ou celle de votre représentant légal)

*\*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) Attention : il est impossible d'avoir simultanément un(e) conjoint(e) et un(e) cohabitant(e) à charge (art 123 de l'A.R. du 3 juillet 1996).

RESERVE A LA MUTUALITE		
Bureau : .....	A. Agence	
Agent : ..... Paraphe : .....	B. Prospection	
N° d'inscription : .....	C. Mailing	
	D. Téléphone	
	E. Contrat Spontané	