



DEMANDE DE MUTATION

Demande de mutation au : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ (1)

Attention : Vous pouvez annuler votre demande de mutation auprès de votre organisme assureur actuel jusqu'au dernier jour ouvrable précédant cette date.

A COMPLETER PAR LE TITULAIRE POUR LEQUEL LA MUTATION EST DEMANDÉE

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Numéro national : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_      Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Résidence Principale : \_\_\_\_\_ N° : \_\_\_\_\_ Bte: \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_

	<b>Affilié(e) jusqu'à ce jour à :</b> <i>(ancienne mutualité ou ancien office régional)</i>	<b>Sollicite sa mutation vers :</b> <i>(nouvelle mutualité)</i>
<b>Dénomination</b> de la mutualité ou de l'office régional :		<b>SYMBIO, Mutualité Neutre</b>
<b>Numéro</b> de la mutualité ou de l'office régional :		<b>206</b>
<b>Adresse</b> de la mutualité ou de l'office régional :	<i>Veuillez apposer une vignette</i>	<b>Avenue de Tervueren, 68-70 1040 ETTERBEEK</b>
Numéro d'inscription : <i>(facultatif)</i>		

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_      Signature du titulaire : \_\_\_\_\_

A COMPLÉTER PAR LA NOUVELLE MUTUALITÉ

Le/la soussigné(e), mandataire de la mutualité, déclare accepter cette mutation conformément aux prescriptions sur les mutations individuelles.

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature du mandataire : \_\_\_\_\_



(1) 1er janvier, 1er avril, 1er juillet, 1er octobre (excepté SNCB : date réelle).



**DÉCLARATION À REMPLIR PAR L'ANCIENNE MUTUALITÉ :**

Biffer une des deux possibilités (1 ou 2) :

1. Le/la soussigné(e), mandataire de la mutualité ou de l'office régional, déclare accepter cette mutation conformément aux dispositions légales.

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature du mandataire de la mutualité ou de l'office régional :

\_\_\_\_\_

Ci-joint, les annexes suivantes :

Annexe A : composition de famille

Annexe 1 : assurabilité

Annexe 2 : prestations

Annexe 3 : conventions internationales

Annexe 4 : indemnités

Cachet de la mutualité

2. Le/la soussigné(e), mandataire de la mutualité ou de l'office régional, déclare ne pas accepter cette mutation pour les motifs suivants :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature du mandataire de la mutualité ou de l'office régional :

\_\_\_\_\_

Cachet de la mutualité

