

Mutualité Libre Securex
Soumise à la Loi du 06 08 1990, INAMI n° 516 - RPM Bruxelles
Siège social : avenue de Tervueren 43, 1040 Bruxelles
N° d'entreprise 0411 793 011
mutualite@securex.be - www.securex-mutualite.be
Membre de l'Union Nationale des Mutualités Libres

Intermédiaire n° _____

Nom _____

N° d'affiliation _____

ou collez une vignette

Demande d'affiliation

Vos données personnelles d'identification

Nom (1)

Prénom(s)

Né(e) le / / à Nationalité

Sexe masculin féminin Langue Français Néerlandais

N° registre national (2)

N° carte d'identité Sociale (3)

Etat civil célibataire marié(e) divorcé(e) séparé(e) veuf(ve)

Résidence principale

Rue Numéro Boîte

Code postal Commune Pays

Téléphone Fax

GSM E-mail

Adresse de correspondance (4)

Nom (5)

Rue Numéro Boîte

Code postal Commune Pays

Téléphone Fax

GSM

Compte financier

IBAN (7)

BIC (8)

1 Données officielles telles que mentionnées dans les registres de la population. Nom de jeune fille pour la femme mariée.
2 Coin supérieur droit de la carte SIS.
3 Coin inférieur gauche de la carte SIS.
4 A compléter uniquement si cette adresse diffère de la résidence principale.
5 Personne ou société.
6 IBAN et BIC ont été instaurés comme standards internationaux dès 2010 : adressez-vous à votre banque si vous ne connaissez pas encore votre IBAN et BIC ou naviguez à www.ibanbic.be pour une conversion de votre ancien numéro de compte. Le numéro IBAN et BIC figure également sur vos extraits de compte.
7 Le numéro IBAN (International Bank Account Number) compte un nombre de signes fixe par pays (au maximum 34) et identifie UN compte bien précis. Le numéro IBAN belge comporte 16 signes. Un exemple fictif : BE 12 1234 5678 9012. Il s'agit de 2 signes pour le code du pays BE, le numéro de contrôle et l'ancien numéro de compte. Si vous avez un IBAN étranger comportant plus de signes, un espace supplémentaire est prévu à cet effet dans les cases hachurées en clair.
8 Le BIC (Bank Identifier Code) identifie votre banque et comporte la plupart du temps 8 signes, voire parfois 11.



Votre affiliation à la mutualité libre Securex

Je sollicite mon affiliation à la mutualité libre Securex en qualité de (6)

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> employé(e) | <input type="checkbox"/> pensionné(e) | <input type="checkbox"/> agent du Secteur Public |
| <input type="checkbox"/> ouvrier(ère) | <input type="checkbox"/> veuf(ve) | <input type="checkbox"/> orphelin(e) |
| <input type="checkbox"/> demandeur(se) d'emploi | <input type="checkbox"/> étudiant(e) | <input type="checkbox"/> religieux(se) |
| <input type="checkbox"/> indépendant(e) | <input type="checkbox"/> handicapé(e) | <input type="checkbox"/> résident(e) sans statut |
| <input type="checkbox"/> uniquement pour obtenir une carte d'identité sociale SIS | | |

A partir du: / /

Si vous êtes indépendant(e), le nom de votre Caisse d'assurances sociales

Votre situation antérieure et/ou actuelle

Je confirme par la présente

Ne pas être inscrit(e) à une mutualité belge
(ni comme titulaire ni comme personne à charge)

Etre inscrit(e) à la mutualité:

- comme titulaire.
 comme personne à charge.

Avoir été assujetti(e) à un régime d'assurance soins de santé organisé par un Etat membre de l'Union Européenne ou par un pays avec lequel la Belgique a conclu une convention de sécurité sociale (7)

- comme titulaire
 comme personne à charge

Pays: _____ du _____ au _____

Dénomination ou vignette de votre mutualité actuelle

Dénomination / adresse de l'organisation

Composition de votre ménage

Conjoint ou cohabitant

Nom (1)

Prénoms

Date de naissance

ou

N° registre national:

Votre conjoint/cohabitant possède-t-il la qualité de titulaire? oui non

Dans l'affirmative, veuillez préciser les coordonnées de sa mutualité ou apposer une vignette d'identification.

Collez une vignette de la mutualité

9 Cocher la case choisie.

10 Veuillez joindre dans ce cas le document E106, E104, E121, Ossom, etc.

Enfants à charge (de moins de 25 ans)

Nom et prénoms	Date de naissance ou n° registre national	Sexe
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Ascendant(s) (parents, beaux-parents) à inscrire à votre charge en assurance soins de santé

Nom et prénoms	Date de naissance ou n° registre national	Sexe
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Membre(s) de la famille résidant à l'étranger à inscrire à votre charge en soins de santé

Nom et prénoms	Date de naissance ou n° registre national	Sexe
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Veillez préciser votre choix en complétant les cases ci-dessous.

- Je ne souhaite pas bénéficier des avantages 'comfort+!'.
- Je souhaite m'affilier à l'assurance hospitalisation 'Hospitalia'.
(Complétez dans ce cas aussi une demande d'affiliation Hospitalia)
- Je souhaite m'affilier à 'Dentalia Plus'.
(Complétez dans ce cas aussi une demande d'affiliation 'Dentalia Plus')

DECLARATION

- Je m'affilie à la Mutualité Libre Securex et déclare que les données de ce formulaire sont véritables et complètes.
- Je m'engage à respecter les dispositions légales de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et celles prévues par les statuts de la Mutualité Libre Securex.
- Je m'engage à informer immédiatement ma mutualité de toute modification dans la composition de mon ménage, de tout changement d'adresse et de tout changement de qualité.

Date ____ / ____ / ____

Signature

Précédée de "LU ET APPROUVE" si la demande d'affiliation n'est pas complétée par le (la) titulaire

Les données que vous nous avez communiquées sont traitées conformément à la Loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée, telle que modifiée par la Loi du 11 décembre 1998.

En ce qui concerne les données personnelles collectées dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire suite à la Loi du 6 août 1990, les responsables du traitement sont l'Union Nationale des Mutualités Libres, rue Saint Hubert, 19, 1150 Bruxelles et la Mutualité Libre Securex, avenue de Tervueren 43, 1040 Bruxelles.

En ce qui concerne les données personnelles collectées dans le cadre des assurances libres et complémentaires, le responsable du traitement est la Mutualité Libre Securex.

Afin de permettre à la Mutualité Libre Securex de vous offrir un service global et de vous proposer des produits et services adaptés à vos besoins, vos données sont reprises dans le fichier 'Gestion globale des clients' du Groupe Securex. Une liste complète des entités du Groupe Securex peut être consultée sur www.securex.be.

Vous avez un droit d'accès et de rectification de vos données personnelles, ainsi qu'un droit d'opposition gratuit par rapport au traitement de celles-ci à des fins de marketing direct. Ces droits peuvent être exercés en prenant contact avec Securex – Compliance Officer, avenue de Tervueren 43, 1040 Bruxelles ou en adressant un mail à privacy@securex.be.

