



N° d'affiliation :  
 N.I.S.S. :  
 Concerne

**DEMANDE D'INSCRIPTION**  
 (visée à l'article 252 de l'Arrêté Royal du 3.7.96)

**Le (la) soussigné(e) :**

Nom (en lettres capitales) : ..... Prénoms : .....  
 NISS (à défaut, la date de naissance) : ..... Nationalité : .....  
 Résidence principale : rue ..... n° ..... bte .....  
 immeuble ..... code postal ..... localité ..... pays .....  
 Adresse correspondance : rue ..... n° ..... bte .....  
 immeuble ..... code postal ..... localité ..... pays .....  
 Adresse e-mail : .....  
 Profession : ..... N° tél. : ..... N° compte financier : .....  
 Sexe :  masculin  féminin Rôle linguistique :  français  néerlandais  
 Etat civil :  célibataire  marié(e)  séparé(e) de fait  veuf(ve)  divorcé(e)  séparé(e) de corps et de biens  
 Nom du partenaire de vie : ..... N° du partenaire de vie : .....

**sollicite son inscription en tant que titulaire (1) :**

ouvrier(e)       pensionné(e)       handicapé(e)  
 employé(e)       veuf(ve)       orphelin(e)  
 service public       étudiant(e)       invalide  
 registre national (sont exclues les personnes qui sont ou qui peuvent être bénéficiaires du droit aux soins de santé en vertu d'un autre régime belge ou étranger d'assurance soins de santé)  
 membre des communautés religieuses  
 indépendant. Dénomination et adresse de la Caisse d'assurances sociales :  
 .....  
 .....

et s'engage à respecter les dispositions légales de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

**Renseignements**

**1. Concernant l'affiliation ou l'assujettissement antérieur ou existant comme « titulaire » ou « personne à charge »**

Je certifie  
 avoir exercé en dernier lieu une activité de : .....  
 avoir mis fin à cette activité le : .....  
 être ou avoir été affilié(e) ou assujetti(e) comme « titulaire » / personne à charge(2) à un régime belge ou étranger (2) d'assurance soins de santé jusqu'au (3) ..... Dénomination et adresse de l'organisme (4) : .....  
 être en possession d'une carte SIS :       OUI       NON  
 être affilié(e) à une caisse de soins »Zorgkas « (dénomination) .....  non

2. Membre(s) du ménage pour le(s)quel(s) le (la) titulaire demande l'inscription comme « personne à charge » (à compléter en lettres capitales) :

<input type="checkbox"/> CONJOINT(E)	<input type="checkbox"/> PERSONNE QUI COHABITE AVEC LE TITULAIRE
Nom : ..... Prénom : .....	
Sexe : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin Nationalité : ..... Etat Civil : .....	
NISS (à défaut, date de naissance) ..... Lien de parenté : .....	
Carte SIS : <input type="checkbox"/> oui délivrée par la mutualité (dénomination) ..... <input type="checkbox"/> non	
Etait affilié(e) auprès de la mutualité (dénomination) : .....	
comme titulaire/personne à charge (2) du régime général/indépendant (2)	
Est affilié(e) à une caisse de soins »Zorgkas « (dénomination) ..... <input type="checkbox"/> non	

<input type="checkbox"/> ENFANT(S)	<input type="checkbox"/> ASCENDANT(S)
Nom : ..... Prénom : .....	
Sexe : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin Nationalité : ..... Etat Civil : .....	
NISS (à défaut, date de naissance) ..... Lien de parenté : .....	
Carte SIS : <input type="checkbox"/> oui délivrée par la mutualité (dénomination) ..... <input type="checkbox"/> non	
Est affilié(e) à une caisse de soins »Zorgkas « (dénomination) ..... <input type="checkbox"/> non	
Nom : ..... Prénom : .....	
Sexe : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin Nationalité : ..... Etat Civil : .....	
NISS (à défaut, date de naissance) ..... Lien de parenté : .....	
Carte SIS : <input type="checkbox"/> oui délivrée par la mutualité (dénomination) ..... <input type="checkbox"/> non	
Est affilié(e) à une caisse de soins »Zorgkas « (dénomination) ..... <input type="checkbox"/> non	
Nom : ..... Prénom : .....	
Sexe : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin Nationalité : ..... Etat Civil : .....	
NISS (à défaut, date de naissance) ..... Lien de parenté : .....	
Carte SIS : <input type="checkbox"/> oui délivrée par la mutualité (dénomination) ..... <input type="checkbox"/> non	
Est affilié(e) à une caisse de soins »Zorgkas « (dénomination) ..... <input type="checkbox"/> non	

Le (la) titulaire soussigné(e) s'engage à signaler **IMMEDIATEMENT** à sa mutualité toute modification qui pourrait intervenir en ce qui concerne sa qualité d'assuré(e).

Il (elle) souscrit en outre à l'assurance complémentaire comme le prévoient les décisions statutaires de Solidaris brabant

.....  
Signature,

N.B. - si vous n'avez pas complété ce formulaire vous-même, veuillez apposer la mention : « LU ET APPROUVE » avant votre signature  
- si vous désirez régler vos cotisations par domiciliation bancaire, veuillez compléter et signer le document en annexe

- (1) indiquer une croix dans la case qui convient
- (2) biffer la mention inutile
- (3) cette règle est sans valeur pour le (la) titulaire qui demande sa mutation ou son transfert en faveur de la F.M.S.B.
- (4) il peut s'agir de la SNCB, de l'OSSOM, de la Caisse de Secours et de Prévoyance en Faveur des marins, du Régime Commun d'Assurance-Maladie de l'Union Européenne, de l'OTAN, du SHAPE.