

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.