



MUTUALITÉ PARTENA

Coupure Links 103 - 9000 Gent - T. 09 269 85 01

Bureau

Numéro Agent

## Données personnelles

Nom:  Prénom: Date de naissance:  Sexe: M  F Etat civil:  marié(e)  célibataire  cohabitant(e) divorcé(e)  séparé(e)  veuf(ve)Nationalité:  Langue: F  N N° de registre national:  (en haut à droite sur la carte SIS)

Domicile:

rue:  n°:  bte: localité:  code postal: tél:  gsm: e-mail: 

Adresse où vous souhaitez recevoir votre courrier (seulement si différente du domicile):

rue:  n°:  bte: localité:  code postal: 

Vignette de votre ancienne mutualité

ou nom et adresse de votre ancienne mutualité

## Statut:

 ouvrier(ère)  employé(e)  chômeur(euse)  services publics  résident indépendant(e)  pensionné(e)  étudiant(e)  travailleur frontalier  handicapé(e)Si vous êtes indépendant(e):  à titre principal  à titre complémentaire depuis: Caisse d'Assurances Sociales: Depuis  (date de début de la toute première activité indépendante exercée à titre principal)

## Mode de paiement:

 Domiciliation<sup>(1)</sup>: voir document annexé

## Remboursements

 -  -  Indiquez ici le numéro de compte sur lequel vous souhaitez que la mutualité effectue les remboursements des prestations, interventions,...

au nom de

01/08

## Composition du ménage:

## Partenaire:

Nom:  Prénom:

N° de registre national ou date de naissance:

Nationalité:  Sexe: M  F

Statut:  ouvrier(ère)  employé(e)  indépendant(e)  personne à charge  autre:<sup>(1)</sup>

Vignette de votre mutualité actuelle

ou nom et adresse de votre mutualité actuelle

## Enfants à charge:

Nom  Prénom

N° de registre national ou date de naissance:  Sexe: M  F

Nom  Prénom

N° de registre national ou date de naissance:  Sexe: M  F

Nom  Prénom

N° de registre national ou date de naissance:  Sexe: M  F

## Autre membre du ménage (si à charge):

Nom  Prénom

N° de registre national ou date de naissance:  Sexe: M  F

## Je choisis: (si vous indiquez 'oui' en regard d'1 des rubriques ci-dessous, des documents supplémentaires seront nécessaires):

Assurances hospitalisation:  oui  non

Dentalia Plus:  oui  non

Petits Risques Indépendants<sup>(3)</sup>:  oui  non

Caisse d'Assurances Sociales pour Indépendants:  oui  non

Assurance dépendance:  oui  non

Y a-t-il actuellement un accord médical?  oui  non

Si OUI, pour:  un médicament (marque).....

de l'orthodontie

de la logopédie

de la kinésithérapie

Pour qui (nom et prénom):.....

Bénéficiez-vous actuellement d'indemnités d'incapacité de travail?  oui  non

## Comment avez-vous découvert Mutualité Partena? (plusieurs réponses possibles)

Amis/famille  Mailing  Fitmobile

Événements sportifs (Partena Run Classics)  Média (radio, TV, presse écrite)

Téléphone  Agence Mutualité Partena

Site  Autre ...

Date:

Signature:

(2) services publics, pensionné(e), handicapé(e), étudiant(e) enseignement supérieur.

(3) Si vous êtes indépendant, affilié aux petits risques et que vous souhaitez rejoindre une mutualité affiliée auprès d'une autre union nationale, vous pourriez subir un préjudice financier en ce sens que vous ne pourrez plus faire valoir vos droits sur une partie réserves comptables, des fonds de réserve et éventuels actifs du service soins de santé 'petits risques' pour indépendants, auquel vous avez cotisé.