



Terugbezorgen aan LM Plus-kantoor in de buurt

Maatschappelijke zetel: Kalkoven 22 - 1730 ASSE - 0800 17 417 - info@LMPlus.be - www.LMPlus.be - Ondernemingsnummer 0411 817 755

## Aanvraag tot inschrijving bij LM Plus 417<sup>1</sup>

Verplichte informatie voor een aanvraag inschrijving in de verplichte verzekering GVV<sup>2</sup>

|                            |                            |                              |       |
|----------------------------|----------------------------|------------------------------|-------|
| Voornaam:                  | .....                      |                              |       |
| Naam:                      | .....                      |                              |       |
| INSZ-nummer <sup>3</sup> : | .....                      | Geboortedatum <sup>4</sup> : | ..... |
| Geslacht:                  | <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> V   |       |
| Nationaliteit:             | .....                      |                              |       |

Voormalig/huidig ziekenfonds: ☐ Ja<sup>5</sup>: ..... ☐ Nee

Kopie identiteitskaart of printscreen e-ID bijvoegen.

Houder van bijzondere identiteitskaart, afgeleverd door de Directie Protocol<sup>6</sup>: ☐ Ja ☐ Nee

Uw handtekening (of die van de wettelijke vertegenwoordiger):

“Ik ben er me van bewust dat de ondertekening van de aanvraag om inschrijving de toetreding tot de statuten van de verzekeringsinstelling tot gevolg heeft.”

Datum handtekening: ..... / ..... / .....

- 1 Artikel 118 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 (vrije keuze van de verzekeringsinstelling) – Artikel 252 van het KB van 3 juli 1996 (aanvraag voor inschrijving bij een ziekenfonds)
- 2 Deze gegevens worden gebruikt binnen het kader van wetgeving ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer
- 3 Zie identiteitskaart achteraan bovenaan links
- 4 De geboortedatum dient te worden ingevuld bij de inschrijvingen waar men niet over een INSZ-nummer beschikt
- 5 Het nummer van uw ziekenfonds bestaat uit 3 cijfers waarvan het eerste cijfer de landsbond aanduidt en de overige 2 het specifieke ziekenfonds (<http://www.riziv.be/citizen/nl/insurers/contacts/index.htm>)
- 6 Personen die behoren tot het in België geaccrediteerd personeel van diplomatieke en consulaire missies en als dusdanig houder zijn van een bijzondere identiteitskaart, afgeleverd door de Directie Protocol van de FOD Buitenlandse Zaken, kunnen vanaf 1 september 2013 niet langer ingeschreven worden in de hoedanigheid van 'ingeschrevene in het rijksregister', zoals bedoeld in artikel 32, eerste lid, 15° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.
- 7 Artikel 12 § 2 van de wet van 6 augustus 1990 betreffende ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen. Deze kunnen worden opgevraagd bij het ziekenfonds of de landsbond.

LM Plus: WLEDINS001N - WEBSITE

**Regio Antwerpen**  
Lange Nieuwstraat 109  
2000 Antwerpen

**Regio Asse-Aalst**  
Kalkoven 22  
1730 Asse

**Regio Limburg**  
Geraetsstraat 20  
3500 Hasselt

**Regio West-Vlaanderen**  
Revillpark 1  
8000 Brugge

**Uw gegevens:**

Officieel adres:

Straat en huisnummer: .....

Postcode en gemeente: .....

Land (indien buitenland): .....

Eventueel postadres:

Straat en huisnummer: .....

Postcode en gemeente: .....

Land (indien buitenland): .....

E-mailadres : .....

Tel nr privé : ..... GSM nr: .....

Taalcode: ☐ Nederlands ☐ Frans

Burgerlijke stand: ☐ Ongehuwd ☐ Samenwonende ☐ Gehuwd  
☐ Echtgescheiden ☐ Feitelijk gescheiden ☐ Weduw(e)(naar)

**Gegevens van uw partner:**

Naam en voornaam: .....

INSZ-nummer: ..... Geboortedatum: .....

**Uw hoedanigheid ("op basis van artikel 32 van de gecoördineerde wet van 14/7/1994")**

- |                                           |                                                                                                                 |                                   |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arbeider         | <input type="checkbox"/> Bediende                                                                               | <input type="checkbox"/> Werkloze |
| <input type="checkbox"/> Invalide         | <input type="checkbox"/> Mindervalide                                                                           | <input type="checkbox"/> Resident |
| <input type="checkbox"/> Ambtenaar        |                                                                                                                 |                                   |
| <input type="checkbox"/> Zelfstandige     |                                                                                                                 |                                   |
| <input type="checkbox"/> Gepensioneerde : | <input type="checkbox"/> AR <input type="checkbox"/> ZR <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> IV |                                   |
| <input type="checkbox"/> Weduw(e)(naar) : | <input type="checkbox"/> AR <input type="checkbox"/> ZR <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> IV |                                   |
| <input type="checkbox"/> Andere :         | .....                                                                                                           |                                   |

+ "bijkomende hoedanigheid voor uitkeringen op basis van artikel 3 van het K.B. van 20/7/1971":

- ☐ vrijwillig onderworpen - meehelpende echtgeno(o)t(e) (art. 3,4°) - MINI-STATUUT

De bovenvermelde hoedanigheid valt ook onder de Internationale Verdragen van volgend EER-land:

.....

En u gaat minstens 1 keer per week terug naar uw woonadres: ☐ Ja ☐ Nee

☐ Betreft 1<sup>e</sup> aansluiting zonder wachttijd (eerste inschrijving als gerechtigde)

☐ Betreft een herinschrijving: ☐ met 6 maanden wachttijd ☐ zonder wachttijd  
(na minstens 2 jaar zonder recht als titularis geweest te zijn)

Huidige / vorige hoedanigheid waarin u ingeschreven bent/was (duid aan):

- |                                                |                                        |                                       |
|------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Titularis ander VI    | <input type="checkbox"/> PTL 417       | <input type="checkbox"/> PTL ander VI |
| <input type="checkbox"/> Komend van buitenland | <input type="checkbox"/> Andere: ..... |                                       |

## Uw personen ten laste<sup>8</sup>

- ☐ Ik heb personen die ik te mijnen laste zou willen inschrijven om een afgeleid recht op geneeskundige verzorging te laten genieten.

Personen die als personen ten laste kunnen worden opgegeven zijn uw echtgeno(o)t(e), een samenwonende<sup>9</sup>, uw kinderen of ascendenten<sup>10,11</sup>. Voor alle categorieën, op de kinderen na, zijn er inkomstenvoorwaarden waaraan moet worden voldaan om in aanmerking te komen om persoon ten laste te worden<sup>12</sup>.

|                                              |                      |
|----------------------------------------------|----------------------|
| Naam en voornaam: .....                      |                      |
| INSZ-nummer: .....                           | Geboortedatum: ..... |
| Verwantschap tot uzelf <sup>14</sup> : ..... |                      |

|                                              |                      |
|----------------------------------------------|----------------------|
| Naam en voornaam: .....                      |                      |
| INSZ-nummer: .....                           | Geboortedatum: ..... |
| Verwantschap tot uzelf <sup>14</sup> : ..... |                      |

|                                              |                      |
|----------------------------------------------|----------------------|
| Naam en voornaam: .....                      |                      |
| INSZ-nummer: .....                           | Geboortedatum: ..... |
| Verwantschap tot uzelf <sup>14</sup> : ..... |                      |

|                                              |                      |
|----------------------------------------------|----------------------|
| Naam en voornaam: .....                      |                      |
| INSZ-nummer: .....                           | Geboortedatum: ..... |
| Verwantschap tot uzelf <sup>14</sup> : ..... |                      |

|                                              |                      |
|----------------------------------------------|----------------------|
| Naam en voornaam: .....                      |                      |
| INSZ-nummer: .....                           | Geboortedatum: ..... |
| Verwantschap tot uzelf <sup>14</sup> : ..... |                      |

|                                              |                      |
|----------------------------------------------|----------------------|
| Naam en voornaam: .....                      |                      |
| INSZ-nummer: .....                           | Geboortedatum: ..... |
| Verwantschap tot uzelf <sup>14</sup> : ..... |                      |

8 Verplicht in te vullen als men een persoon ten laste wil opnemen

9 Let op: men kan nooit een echtgeno(o)t(e) en samenwonende tezelfdertijd tot persoon ten laste hebben. Artikel 123 van het KB van 3 juli 1996

10 Ascendenten zijn bloed- en/of aanverwanten in opgaande lijn, bv. ouders, schoonouders, grootouders

11 Artikel 123 van het KB van 3 juli 1996

12 Artikel 124 van het KB van 3 juli 1996

13 De geboortedatum dient te worden ingevuld bij de inschrijvingen waar men niet over een INSZ-nummer beschikt

14 Een van de opties invullen : echtgeno(o)t(e) / samenwonende / kind / ascendent

Met dit formulier kiest u ervoor u in te schrijven bij dit ziekenfonds. Deze inschrijving geeft u recht op tegemoetkomingen en uitkeringen van de verplichte verzekering indien alle reglementaire voorwaarden hiertoe vervuld zijn. Die zijn overal dezelfde, welk ziekenfonds u ook kiest. Dankzij de verplichte verzekering heeft u recht op:

- a) terugbetaling van uw kosten voor geneeskundige verzorging (geneesmiddelen, erelonen van artsen, ziekenhuisverpleging, ...);
- b) uitkeringen bij arbeidsongeschiktheid (om uw inkomensverlies op te vangen wanneer u door uw gezondheidstoestand niet in staat bent om te gaan werken);
- c) moederschapsuitkeringen (om uw inkomensverlies op te vangen bij zwangerschaps- en bevallingsrust);
- d) vaderschapsverlof en adoptieverlof (om het inkomensverlies bij vaderschapsverlof of bij adoptieverlof op te vangen).

**AANVULLENDE DIENSTEN: verplichte aansluiting (zie statuten LM Plus)**

Ik verklaar de aanvullende mutualiteitsbijdragen te zullen betalen

**OVERIGE MUTUALITEITSVERZEKERINGEN: (facultatieve aansluitingen)**

Ik wens ook aan te sluiten voor (mits bijvoegen van het ingevulde aansluitingsformulier bestemd voor deze diensten):

- ☐ Dagforfait HPLUS (dagvergoeding bij ziekenhuisopname)
- ☐ Kostendekkende verzekering HPLUS (terugbetaling opleg bij ziekenhuisopname en/of ernstige ziekte)
- ☐ Tandzorgverzekering DENTA-PLUS (tussenkost tandzorg)
- ☐ Vlaamse Sociale Bescherming (voor wie in Vlaanderen woont of sociaal verzekerd is en ouder is dan 25 jaar)
- ☐ Voorhuwelijkssparen (spaarboekje voor jongeren - enkel mogelijk indien reeds aangesloten voor 2012)

**GEGEVENS BETALINGEN**

De verschuldigde bijdragen zal ik voldoen:

- ☐ met de mij toegezonden overschrijving (per jaar)
- ☐ met bankdomiciliëring (per kwartaal). Hiervoor dien ik het mandaat SEPA in bijlage in te vullen.

De betalingen uitgevoerd door het ziekenfonds dienen te gebeuren op rekeningnummer:

Nummer IBAN-rekening:

.....

BIC (bij buitenlandse IBAN):

.....

Ik verbind mij er toe de wettelijke bepalingen van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering na te leven en de aanvullende mutualiteitsbijdragen te betalen.

Ik verbind mij er toe onmiddellijk alle wijzigingen in de samenstelling van het gezin, adreswijzigingen, wijzigingen in de hoedanigheden, aan mijn verzekeringsinstelling mee te delen.

Ik verbind mij er uitdrukkelijk toe zowel haar reglementering als haar statuten strikt na te leven.

Het is mij eveneens bekend dat een valse of onvolledige verklaring aanleiding kan geven tot het terugvorderen van de verleende prestaties.

Datum handtekening: ..... / ..... / .....

Uw handtekening



Terugbezorgen aan LM Plus-kantoor in de buurt

Maatschappelijke zetel: Kalkoven 22 - 1730 ASSE - 0800 17 417 - info@LMPlus.be - www.LMPlus.be - Ondernemingsnummer 0411 817 755

## Aanvraag tot betaling per Europese domiciliëring SEPA

### Gegevens houder IBAN rekening (schuldenaar):

Blauwe kleefzegel of zelf in te vullen

**Voornaam:** .....

**Naam:** .....

**INSZ-nummer:** .....

**Adres:** .....

Ik verzoek om de volmacht voor mijn Europese domiciliëring (zie keerzijde) te activeren voor volgende contracten die afgesloten zijn bij LM Plus (\*):

| BESCHRIJVING                                                                                                      | PERIODICITEIT (*)                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Verplichte verzekering                                                                                            | <input type="checkbox"/> per 3 maanden                                      |
| Ziekenfondsdiensten (inclusief uitleendienst en personenalarmsystemen)                                            | <input type="checkbox"/> per 3 maanden<br><input type="checkbox"/> per jaar |
| Hospitalisatieverzekering HP100/200/Franchise<br>(ten vroegste vanaf het polisjaar volgend ondertekening mandaat) | <input type="checkbox"/> per 3 maanden<br><input type="checkbox"/> per jaar |
| Hospitalisatieverzekering Dagforfait<br>(ten vroegste vanaf het polisjaar volgend ondertekening mandaat)          | <input type="checkbox"/> per jaar                                           |
| Tandzorgverzekering Denta Plus<br>(ten vroegste vanaf het polisjaar volgend ondertekening mandaat)                | <input type="checkbox"/> per 3 maanden<br><input type="checkbox"/> per jaar |
| Vlaamse Sociale Bescherming<br>(ten vroegste vanaf het jaar volgend ondertekening mandaat)                        | <input type="checkbox"/> per jaar                                           |
| Voorhuwelijkssparen                                                                                               | <input type="checkbox"/> per 3 maanden                                      |

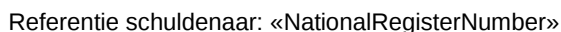
(\*) kruis aan wat van toepassing is

**Regio Antwerpen**  
Lange Nieuwstraat 109  
2000 Antwerpen

**Regio Asse-Aalst**  
Kalkoven 22  
1730 Asse

**Regio Limburg**  
Geraetsstraat 20  
3500 Hasselt

**Regio West-Vlaanderen**  
Revillpark 1  
8000 Brugge



Handtekening



## Privacyverklaring LM Plus

### LM Plus beschermt uw persoonlijke gegevens

LM Plus beschikt over uw persoonsgegevens. Dit vanuit een wettelijk kader om onze taak als ziekenfonds te kunnen vervullen. LM Plus doet er alles aan om uw gegevens steeds veilig te stellen en deze maximaal te beschermen.

Maar als ziekenfonds soigneren we ook graag onze leden. Ja, dat is ook onze taak, al staat dat nergens in de wet geschreven.

We vinden het fijn om met u te communiceren en u van de meest recente nieuwtjes, handige wist-je-datjes over onze dienstverlening of mooie acties en wedstrijden op te hoogte te houden. Want als lid heeft u het volste recht om zo goed mogelijk geïnformeerd te worden.

Vandaar vragen we niet veel van u, gewoon enkele vinkjes in de onderstaande vakjes. Op die manier bent u steeds helemaal up-to-date.

En we beloven dat we u niet met tal van info zullen overladen. We houden het netjes en evenwichtig. Want een goed geïnformeerd lid is voor ons heel veel waard.

Ja, ik geef hierbij mijn toestemming dat LM Plus

☐ informatieve mailings over de dienstverlening, verzekeringen, evenementen en acties of wedstrijden aan mij bezorgt

☐ me op de hoogte houdt van commerciële acties van samenwerkende partners.

Mocht u zich op latere termijn bedenken, weet dat dit op elk moment kan. Bij elke mailing voorzien we een link om u uit ons mailingsbestand uit te schrijven. U kan ook een mailtje sturen naar [gdpr@LMPlus.be](mailto:gdpr@LMPlus.be) of schriftelijk via LM Plus – T.a.v. DPO - Revillpark 1 – 8000 Brugge.

Meer informatie over ons privacybeleid is terug te vinden op onze website [www.LMPlus.be](http://www.LMPlus.be).

Gelezen en goedgekeurd

Datum: ..... / ..... / .....

Handtekening: .....

INSZ : .....