

Landsbond van Liberale Mutualiteiten

MUTATIE / TRANSFER Mod. 550 (1)
Mod. 550bis(1)

Aanvraag mutatie op : (2) Aanvraag transfer op : (2)

Gerechtigde waarvoor de mutatie aangevraagd wordt :

In te vullen door de gerechtigde of kleef hier een kleefbriefje	Naam :
	Voornaam :
	Rijksregister- of bisregisternummer (INSZ) (3) :
	Geboortedatum : Burgerlijke staat :
	Hoofdverblijfplaats :
	Straat : Nr :
	Plaats : Postcode :

Tot op heden aangesloten bij :

(oud ziekenfonds)

Benaming van het ziekenfonds :

.....

.....

Nummer van het ziekenfonds :

Inschrijvingsnummer :

Datum :

Handtekening van de gerechtigde :

Vraagt mutatie naar :

(nieuw ziekenfonds)

Benaming van het ziekenfonds :

.....

.....

In de volgende hoedanigheid (4) :

.....

U beschikt over de mogelijkheid om tot op de laatste werkdag voor de mutatiedatum uw aanvraag tot mutatie in te trekken. (Art. 257 KB 3/7/1996)

De ondergetekende, afgevaardigde van het ziekenfonds, verklaart deze mutatie te aanvaarden overeenkomstig de wettelijke bepalingen.

Datum :

.....

Handtekening ziekenfondsverantwoordelijke :

.....

Stempel van het ziekenfonds :

(1) Schrappen wat niet past (550bis = N.M.B.S.)

(2) 1 januari, 1 april, 1 juli, 1 oktober (behoudens N.M.B.S. : reële datum).

(3) Het Rijksregisternummer of bisregisternummer is het Inschrijvingsnummer van de Sociale Zekerheid (INSZ) en bevindt zich op uw identiteitskaart.

(4) Hoedanigheid zoals bepaald in artikel 32 van de wet van 14 juli 1994.

Verklaring in te vullen door het oude ziekenfonds.

Een van beide mogelijkheden (1. of 2.) doorstrepen :

1. De ondergetekende, afgevaardigde van het ziekenfonds, verklaart deze mutatie te aanvaarden overeenkomstig de wettelijke bepalingen.

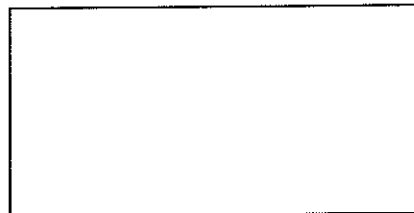
Datum :

.....

Handtekening ziekenfondsverantwoordelijke :

.....

Stempel van het ziekenfonds :



Hierbij worden de verschillende bijlagen bijgevoegd :

Bijlage A : gezinssamenstelling

Bijlage 1 : Verzekeraarbaarheid

Bijlage 2 : Prestaties

Bijlage 3 : Internationale verdragen

Bijlage 4 : Uitkeringen

2. De ondergetekende, afgevaardigde van het ziekenfonds, verklaart deze mutatie niet te aanvaarden om volgende reden

.....

.....

Datum :

.....

Handtekening ziekenfondsverantwoordelijke :

.....

Stempel van het ziekenfonds :

