BRABANT
LIBERALE MUTUALITEIT
gezond vertrouwen

Koninginneplein 51-52 - 1030 BRUSSEL
Tel. 02 209 49 70 - Fax 02 209 49 36 - Email: verzekerbaarheid@mut403.be

Verklaring van onderwerping aan de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering

Attest in te vullen door uw Sociale Verzekeringskas en terug te bezorgen aan uw ziekenfonds

Identiteit van de Sociale Verzekeringskas :

Benaming

Straat *Nr*

Postcode *Gemeente of stad*

Identiteit van de verzekerde :

Naam

Voornaam

Rijksregisternummer (geboortedatum, indien RN-nummer niet is gekend)

Straat *Nummer* *Bus*

Postcode *Gemeente of stad*

De zelfstandige activiteit nam aanvang op :

De volgende code werd aan de voornoemde persoon toegekend :

Stempel van de Sociale Verzekeringskas

Voor echt en waar verklaard.

Naam en handtekening van de verantwoordelijke :

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