

# MUTATION

**Mod. 550**

**Mod. 550bis (1)**

## **Demande de mutation au ..... (2)**

Attention : Vous pouvez annuler votre demande de mutation auprès de votre organisme assureur actuel jusqu'au dernier jour ouvrable précédant cette date.

**Nom – Prénom :**  
**Numéro NISS ou date de naissance :**  
**Etat civil :**  
**Résidence principale :**  
- Rue et n° :  
- Code postal et commune :

**Affilié jusqu'à ce jour à (ancienne mutualité) :**

Complétez ci-dessous ou coller une vignette  
Dénomination de la mutualité

.....

Numéro de la mutualité .....

Numéro d'inscription .....

**sollicite sa mutation vers :**  
(nouvelle mutualité)

**O.A. 232**



rue des Dames Blanches, 24  
5000 Namur

**Dans la qualité suivante (3) :**

.....

**Date :** .....

**Signature du titulaire:** .....

---

Le soussigné, mandataire de la mutualité ou office régional déclare accepter cette mutation conformément aux dispositions légales.

**Date :**

**Cachet de la mutualité :**

**Signature du mandataire de la mutualité :**

.....

(1) Biffer la mention inutile.

(2) 1 janvier, 1 avril, 1 juillet, 1 octobre (excepté SNCB: date réelle).

(3) Qualité comme définie aux articles 32 et/ou 33 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 : agent du secteur public, ouvrier, employé, étudiant de l'enseignement supérieur, handicapé, membre d'une communauté religieuse, orphelin, pensionné, personne à charge, travailleur indépendant, résident sans revenus, veuf/veuve du régime général, veuf/veuve du secteur public, veuf/veuve du régime des travailleurs indépendant.

# Déclaration à remplir par l'ancienne mutualité.

**Biffer une des deux possibilités (1. ou 2.) :**

1. Le soussigné, mandataire de la mutualité ou office régional déclare accepter cette mutation conformément aux dispositions légales.

**Date :**

.....

**Signature du mandataire de la mutualité :**

.....

**Cachet de la mutualité :**



*Ci-joint les annexes suivantes :*

*Annexe A : composition de famille*

*Annexe 1 : assurabilité*

*Annexe 2 : prestations*

*Annexe 3 : conventions internationales*

*Annexe 4 : indemnités*

2. Le soussigné, mandataire de la mutualité ou office régional déclare **ne pas** accepter cette mutation pour les motifs suivants :

.....  
.....  
.....

**Date :**

.....

**Signature du mandataire de la mutualité :**

.....

**Cachet de la mutualité :**

