

## Modification de compte bancaire

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

N° registre national : \_\_\_\_\_

Rue, N° (Bte) : \_\_\_\_\_

Code Postal et localité : \_\_\_\_\_

N° fixe ou GSM : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Appelez une vignette d'identification  
ou  
complétez les infos ci-contre.

Données à modifier ou à ajouter :

Je demande que les versements de la mutualité soient versés sur le compte ci-dessous :

Code IBAN : BE\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ ou international : \_\_\_\_\_

Code BIC : \_\_\_\_\_

Compte ouvert au nom de :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

### Informations complémentaires<sup>1</sup> :

Type de remboursements :  Tous les remboursements<sup>2</sup>

Uniquement les indemnités d'incapacité de travail ou d'invalidité

Type de modification :  Toutes les personnes reprises dans le dossier

Uniquement pour la/les personne(s) à charge suivante (nom + prénom + NISS):

Durée de la demande :  Jusqu'à révocation de ma part

Exceptionnellement pour les remboursements du .../.../..... au .../.../.....

Date et signature :

(1) A défaut d'information, le compte ci-dessus sera utilisé pour tous les remboursements, toutes les personnes du dossier et jusqu'à révocation.

(2) Soins de santé (assurance obligatoire, La Complémentaire), indemnités (incapacité de travail ou invalidité).

