



Modification de compte bancaire

Nom :

Prénom :

N° registre national :

Rue, N° (Bte) :

Code Postal et localité :

N° fixe ou GSM : Email :

Données à modifier ou à ajouter :

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

Code IBAN : BE _ _ _ _ _

International :

Code BIC : _ _ _ _ _

Compte ouvert au nom de :

Nom : Prénom :

Adresse :

Informations complémentaires¹ :

Type de remboursements : ☐ Tous les remboursements²

☐ 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

Domiciliation : ☐ Je souhaite que ce numéro de compte soit enregistré au niveau de la domiciliation active pour le paiement de mes cotisations

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).

