



N° d'affiliation :  
N.I.S.S. :

## MODIFICATION DANS LE MÉNAGE

L'assuré(e) repris(e) en marge porte à la connaissance de la mutualité, les modifications intervenues dans la composition de son ménage concernant la (les) personne(s) reprise(s) ci-après :

Nom : ..... Prénom : .....  
Sexe :  masculin  féminin Nationalité : ..... Etat Civil : .....  
N° national (à défaut, date de naissance) ..... Lien de parenté : .....  
Carte SIS :  oui délivrée par la mutualité (dénomination) .....  non  
Etait affilié(e) auprès de la mutualité (dénomination) .....  
comme titulaire/personne à charge (1) du régime général/indépendant (1)

Nom : ..... Prénom : .....  
Sexe :  masculin  féminin Nationalité : ..... Etat Civil : .....  
N° national (à défaut, date de naissance) ..... Lien de parenté : .....  
Carte SIS :  oui délivrée par la mutualité (dénomination) .....  non  
Etait affilié(e) auprès de la mutualité (dénomination) .....  
comme titulaire/personne à charge (1) du régime général/indépendant (1)

Nom : ..... Prénom : .....  
Sexe :  masculin  féminin Nationalité : ..... Etat Civil : .....  
N° national (à défaut, date de naissance) ..... Lien de parenté : .....  
Carte SIS :  oui délivrée par la mutualité (dénomination) .....  non  
Etait affilié(e) auprès de la mutualité (dénomination) .....  
comme titulaire/personne à charge (1) du régime général/indépendant (1)

Nom : ..... Prénom : .....  
Sexe :  masculin  féminin Nationalité : ..... Etat Civil : .....  
N° national (à défaut, date de naissance) ..... Lien de parenté : .....  
Carte SIS :  oui délivrée par la mutualité (dénomination) .....  non  
Etait affilié(e) auprès de la mutualité (dénomination) .....  
comme titulaire/personne à charge (1) du régime général/indépendant (1)

qui est(sont) à :

**INSCRIRE** à partir du ..... en qualité de personne(s) à charge de mon assurance

- Motif :  mariage le .....
- naissance le ..... (2)
- a renoncé aux allocations de chômage depuis le .....
- autre motif : .....

**BIFFER** à partir du ..... en qualité de personne(s) à charge de mon assurance

- Motif :  devient titulaire Solidaris brabant sous le n° ..... le .....
- devient personne à charge du compte Solidaris brabant sous le n° ..... le .....
- décès le .....
- ne réside(nt) plus sous mon toit depuis le .....
- transfert de résidence en ..... (pays) le .....
- divorce transcrit dans les registres communaux le .....
- devient titulaire au ..... auprès de la mutualité (dénomination) :  
..... (3)
- devient personne à charge d'un(e) assuré(e) auprès de la mutualité (dénomination) :  
..... le ..... (3)
- autre motif : .....
- .....

Fait à ..... le .....

Signature du titulaire

(1) biffer les mentions inutiles

(2) **aucune demande d'inscription n'a été introduite auprès d'un autre organisme assureur**

(3) pour éviter tout désagrément quant à la carte SIS, il est de votre intérêt de fournir toutes les informations sollicitées.