

Communication d'un N° de compte



Je soussigné(e) (en lettres capitales – nom de jeune fille pour les femmes mariées) :

NOM : PRÉNOM :

Ayant ma résidence principale à :

Rue N° Bte

Code postal Localité

N° de téléphone ou GSM :

(Biffez LA MENTION *INUTILE*) Je désire, jusqu'à révocation de ma part, que :

- Les indemnités de maladie
- Les prestations de soins de santé et les avantages complémentaires

soient versés sur le compte financier ci-après :

BE

(Biffez LA MENTION *INUTILE*) Ouvert à mon nom - Ouvert au nom de:

NOM : PRÉNOM :

Rue N° Bte

Code postal Localité

N° de téléphone ou GSM :

**Merci de joindre une copie de votre carte d'identité,
sans quoi le changement de compte ne sera pas effectif.**

Fait à

Signature de l'affilié(e) :

La mention « lu et approuvé » doit précéder votre signature.

Le