Demande d'examen d'une inscription d'office en qualité de personne à charge d'un nouveau-né

helan
Mutualité libre

Remettez ce formulaire dûment complété à votre agence locale ou envoyez-le à :
Service Gestion clientèle
Helan Mutualité libre
Boomsesteenweg 5 - 2610 Wilrijk
Tout renseignement complémentaire peut être obtenu au service gestion clientèle

Personne qui a mis au monde l'enfant	**Enfant à inscrire d'office à charge**
Compléter ci-dessous ou apposer une vignette de l'O.A. Nom et prénom du titulaire:	Nom et prénom:
Organisme assureur:	Numéro RN:
Numéro NISS:	

Je soussigné, _____,

déclare que_____

a donné naissance à [nom de l'enfant à inscrire d'office à sa charge] : _____

Sur cette base et en vertu de l'article 252, alinéa 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, il vous est demandé d'inscrire d'office cette seconde personne à charge de la première endéans un délai de 20 jours suivant la réception de la présente demande.

Cachet de l'hôpital	Date et signature