part&namut
Cultivons votre santé

DEMANDE DE MODIFICATION DE COMPTE FINANCIER

Pour votre facilité, vous pouvez demander votre modification de compte via My Partenamut

Données du demandeur :

Nom : ----------

Prénom : ----------

Adresse : ----------

Collez votre vignette d'identification

Compte financier à utiliser à compter de la date de réception de la présente et jusqu'à révocation :

IBAN

BIC

Ces codes sont indiqués sur vos extraits de banque

Ce compte est ouvert au nom de :

Nom : ---------- Prénom : ----------

Adresse : ----------

☐ **En tant que titulaire du dossier [1] / preneur d'assurance [2], je, soussigné, demande que ce compte financier soit utilisé :**

- ☐ Pour tous les paiements en ma faveur ainsi que ceux des personnes inscrites à ma charge
- ☐ Uniquement pour les paiements en faveur de [3] :

  Nom /Prénom ----------

Ceci concerne les paiements pour :

- ☐ Toutes les assurances
- ☐ Uniquement pour les assurances suivantes :
  - ☐ L'assurance obligatoire
  - ☐ Les Avantages Partenamut
  - ☐ Comfort
  - ☐ Hospitalia
  - ☐ Hospitalia ambulatoire
  - ☐ Medicalia
  - ☐ Dentalia Plus

☐ **En tant que titulaire du dossier [1], je, soussigné, demande que ce compte financier soit utilisé :**

Uniquement pour le versement de mes indemnités d'incapacité de travail ou d'invalidité.

☐ **En tant que bénéficiaire <u>majeur</u> inscrit à charge de** ----------
je, soussigné, demande que ce compte financier soit utilisé :

Pour tous les paiements de l'**assurance obligatoire** qui me concernent [4]

☐ **En tant que payeur du dossier, je, soussigné, souhaite :**

Modifier ma domiciliation actuelle ou commencer à payer par domiciliation avec ce compte et

- ☐ Je vous ai déjà transmis le nouveau mandat de domiciliation SEPA complété et signé
- ☐ Je complète le nouveau mandat de domiciliation SEPA via My Partenamut
- ☐ Je désire recevoir par la poste le nouveau mandat SEPA à renvoyer complété et signé

IMPORTANT : AVANT DE SIGNER VEUILLEZ PRENDRE CONNAISSANCE DES REMARQUES AU VERSO

Date : ---/---/--- Signature du demandeur : ----------

Partenamut (N° Entreprise 411.815.280), agent d'assurances (n° OCM 5003c) pour "MLOZ Insurance", la SMA des Mutualités Libres (pour les branches 2 et 18), route de Lennik 788A, 1070 Bruxelles, RPM Bruxelles, (422.189.629. n° OCM 750/01)

REMARQUES IMPORTANTES

(1) Le titulaire est le bénéficiaire principal du dossier, c'est la personne qui a ouvert le dossier auprès de la mutualité pour l'assurance obligatoire et l'assurance complémentaire (pour lui-même et éventuellement les bénéficiaires à sa charge).

(2) Le preneur d'assurance est la personne qui a souscrit au contrat d'assurance facultative et s'engage à payer la prime (pour lui-même et éventuellement les bénéficiaires à sa charge).

(3) Complétez un document par personne inscrite à votre charge pour laquelle le compte doit être modifié.

(4) Seuls les remboursements de l'assurance obligatoire peuvent être versés sur un compte financier différent de celui du titulaire. Cette demande ne peut donc pas être complétée pour l'assurance complémentaire ou une assurance facultative.

Toute demande ne respectant pas les points (1) à (4) repris ci-dessus ne sera pas prise en considération.