

**Modification dans le ménage**

**N.N.** : .....

N° de matricule : .....

Je soussigné (nom, prénom) : .....

résidant à (rue, N°) : .....

Code postal : ..... Commune : .....

né à : ..... le ... / ... / ..... profession : .....

Porte à la connaissance de mon organisme assureur les modifications suivantes survenues dans la composition de mon ménage :

<b>à AJOUTER :</b>																					
nom, prénom :	.....																				
né à :	..... le ... / ... / ..... profession : .....																				
lien de parenté :	.....																				
numéro national :	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																				
<b>à SUPPRIMER :</b>																					
nom, prénom :	.....																				

La (les) modification(s) ci-dessus à la composition de mon ménage,

est (sont) survenue(s) à la date du : ... / ... / .....

par suite de (1) .....

(1) Indiquer le motif : mariage, naissance, décès, devenu A.O., transfert de résidence, etc...

Date : ... / ... / .....

Signature,

**NB** : déclaration des revenus des personnes à charge au verso.

T.S.V.P. è

**Application de la loi relative à la protection de la vie privée (loi du 8.12.92 - Art. 4)**

Les informations à caractère personnel qui vous sont demandées par l'Union Nationale des Mutualités Socialistes (UNMS) ou la Mutualité Solidaris sont nécessaires :

- pour établir vos droits au remboursement des soins de santé et au paiement des indemnités de maladie (loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée du 14.07.94);
- pour établir vos droits aux services ou activités organisés par elles (loi relative aux Mutualités et Unions Nationales du 6.08.90);

La loi sur la protection de la vie privée (8.12.92) accorde aux personnes que ces informations concernent, un droit d'accès et de rectification;

Tout renseignement complémentaire concernant le traitement de ces informations peut être obtenu auprès de la commission de la protection de la vie privée (loi du 8.12.92)

**Soins de santé  
Revenus des personnes  
à charge d'un titulaire**

**A A compléter par l'O.A.**

Identification du titulaire : .....  
 Nom et Prénom de la personne (1) postulant son inscription (ou étant déjà inscrite) à charge du titulaire :  
 ..... né à : .....  
 Lien avec le titulaire : .....

**B. A compléter par la personne (1) postulant son inscription (ou étant déjà inscrite) à charge du titulaire.**

- a) Je déclare ne bénéficier d'aucun revenu (2).
- b) Je déclare que mes revenus, fixés avant toute diminution de cotisations sociales ou d'autres charges **sont supérieurs** à ..... EUR (\*), pour le ..... TRIMESTRE .....
- c) Je déclare que mes revenus fixés avant toute diminution de cotisations sociales ou d'autres charges **ne sont pas supérieurs** à ..... EUR (\*), pour le ..... TRIMESTRE .....

**A compléter uniquement si la personne susvisée se trouve dans la situation visée sous c)**

Nature des revenus (4)	Employeur ou organisme payeur (5)	Montant brut des revenus (6)
		EUR (*)
		EUR (*)
		EUR (*)
	Total	EUR (*)

NB : (\*) Biffer la mention inutile

Je joins, en annexe, une copie du dernier avertissement-extrait de rôle relatif à l'impôt des personnes physiques (7).  
 Je certifie ne pas recevoir d'avertissement-extrait de rôle et joins, en annexe, une attestation émanant de l'employeur ou de l'organisme payeur des allocations sociales (7) (8).  
 Je donne à l'organisme assureur et aux instances de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité chargée du contrôle, l'autorisation de vérifier cette déclaration auprès de l'Administration des Contributions directes.  
 Je m'engage à donner immédiatement connaissance de toute modification pouvant intervenir ultérieurement dans la situation ci-dessus.

Conscient du fait qu'une déclaration fautive ou incomplète ou le non respect de l'engagement ci-dessus peut entraîner des amendes ou des peines de détention conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 31 mai 1933 concernant les déclarations à faire en matière de subventions, indemnités et allocations de toute nature qui sont, en tout ou en partie, à charge de l'Etat, conscient du fait que l'usage de toutes déclarations fausses ou incomplètes peut donner lieu à une sanction administrative et peut entraîner des poursuites judiciaires, j'affirme sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète.

Date : ... / ... / ..... Signature,

**C. Déclaration à signer par le titulaire.**

Je m'engage à donner immédiatement connaissance de toute modification pouvant intervenir ultérieurement dans la situation ci-dessus. (9)  
 Conscient du fait qu'une déclaration fautive ou incomplète ou le non-respect de l'engagement ci-dessus peut entraîner des amendes ou des peines de détention conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 31 mai 1933 concernant les déclarations à faire en matière de subventions, indemnités et allocations de toute nature qui sont, en tout ou en partie, à charge de l'Etat, conscient du fait que l'usage de toutes déclarations fausses ou incomplètes peut donner lieu à une sanction administrative et peut entraîner des poursuites judiciaires, j'affirme sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète.

fait à ....., le ... / ... / .....Signature,

## Instructions

- (1) Il s'agit aussi de la personne postulant son inscription (ou étant déjà inscrite) à charge d'un titulaire uniquement pour les " petits risques ".
- (2) Biffez les mentions ne correspondant pas à votre situation.
- (3) A compléter par l'O. A.
- (4) Il doit être tenu compte des revenus provenant :
  - d'activités exercées en Belgique ou à l'étranger, soit personnellement, soit par personne interposée, en ce compris les émoluments liés à l'exercice de la fonction d'échevin, bourgmestre, président de C.P.A.S. ou de tout autre mandat politique.
  - de pensions, rentes, allocations ou indemnités accordées en vertu d'une législation belge ou étrangère, en ce compris le droit commun, les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Ne doivent pas être prise en considération :  
les pensions réparation, pensions indemnisées du temps de guerre, les allocations familiales, les allocations pour l'aide d'une tierce personne ainsi que les pensions alimentaires versées par le titulaire au conjoint séparé de fait ou de corps qui a la qualité de personne à charge pour les soins de santé.
- (5) Indiquez la dénomination exacte et l'adresse de l'employeur et/ou de l'organisme payeur des allocations sociales.  
Lorsque les revenus professionnels découlent d'une activité indépendante, indiquez " travailleur indépendant ".

Les revenus professionnels des travailleurs indépendants sont obtenus en multipliant la différence entre les bénéfices bruts et les charges professionnelles y afférentes par une fraction de 100 / 80.

- (6) Quote-part des revenus professionnels attribués au conjoint-aidant :
  - doit-être prise en considération comme rémunération s'il s'agit d'un " maxi-statut " (assujettissement complet) --> pas de majoration de 20 %
  - ne doit pas être prise en considération s'il s'agit d'un " mini-statut " (assujettissement pour le secteur indemnités uniquement - personnes nées avant 1956).
- (7) Biffez la mention inutile.
- (8) Les personnes qui ne reçoivent pas d'avertissement-extrait de rôle (bénéficiaires de revenus ou allocations sociales non imposables, fonctionnaires de la C.E.E,...) doivent joindre une attestation émanant de l'employeur et/ou de l'organisme payeur des allocations sociales, pour le mois visé sous B. L'attestation de l'employeur peut être remplacée par une copie du dernier bon de cotisation reçu ou de la dernière fiche de rémunération.
- (9) Si la rubrique B est remplie par le conjoint séparé de fait ou de corps, l'engagement ne concerne pas les revenus qui y sont visés.