



Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité  
Office régional : .....

## Formulaire individuel d'inscription

pour le détenteur d'une carte européenne d'assurance maladie  
(ou document bilatéral équivalent)

### Données générales

Nom: .....

Prénom: .....

Date de naissance: ..... Nationalité: ..... Sexe: M  F

Adresse e-mail: .....

Téléphone : .....

#### Adresse officielle à l'étranger

Rue: ..... N° ..... Bte .....

Code postal: ..... Localité: .....

Pays: .....

#### Adresse de contact en Belgique (facultatif)

Rue: ..... N° ..... Bte .....

Code postal: ..... Localité: .....

#### Numéro de compte

IBAN : .....

BIC : .....

Titulaire du compte : .....

### Raison du séjour

- Travail (joindre copie du contrat de travail svp)
- Etudes
- Vacances
- Soins programmés
- Installation définitive en Belgique
- Autre:.....

Si des soins ont déjà été reçus, merci de joindre les attestations à ce formulaire.

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

Signature:.....