

Aansluitingsdocument groepsverzekering (zonder keuze)

Naam Werkgever:	Groepsnummer: BCVR
Paritair Comité Nummer:	

Te vervolledigen door het personeelslid (in hoofdletters a.u.b.)

Naam: (meisjesnaam voor de vrouwen)	Voornaam:
Adres: Straat:	Nr/Bus:
Postnummer:	Woonplaats:
Geboortedatum:	Rijksregisternummer:
Geslacht: <input type="checkbox"/> Mannelijk <input type="checkbox"/> Vrouwelijk	Sociaal statuut: <input type="checkbox"/> Loontrekkende <input type="checkbox"/> Zelfstandige
Officiële taal: <input type="checkbox"/> Nederlands <input type="checkbox"/> Frans	

Burgerlijke staat

<input type="checkbox"/> Alleenstaand	<input type="checkbox"/> Feitelijk gescheiden sinds:
<input type="checkbox"/> Gehuwd sinds:	<input type="checkbox"/> Gescheiden van tafel en bed sinds:
<input type="checkbox"/> Wettelijk samenwonend sinds:	<input type="checkbox"/> Wettelijk gescheiden sinds:
<input type="checkbox"/> Feitelijk samenwonend sinds:	<input type="checkbox"/> Weduwnaar / Weduwe sinds:

Gezinssamenstelling	Naam (meisjesnaam voor de vrouwen)	Voornaam	Geboortedatum	Geslacht	Kinderbijslag en/of ten laste
Partner				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	
Kind				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen
Kind				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen
Kind				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen
Kind				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen
Kind				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen

- Het personeelslid verklaart zich akkoord met de bepalingen van het groepsverzekeringsreglement dat door de Werkgever ten gunste van zijn personeelslid werd ingevoerd.
- De begunstigden, in geval van overlijden van het personeelslid, zijn de personen aangeduid in het groepsverzekeringsreglement. Indien u de clausule met de aanduiding van de begunstigden wenst te wijzigen, gelieve het voorziene document "Wijziging van begunstigden" in te vullen en bij onderhavig document bij te voegen.
- De verzekeringscontracten zullen worden opgemaakt op grond van onderhavige aansluitingsaanvraag en van de bepalingen van het groepsverzekeringsreglement.
- De verzekeraar behoudt zich het recht voor om de aansluiting afhankelijk te maken van het resultaat van medische formaliteiten. De beoordeling van dat resultaat komt de verzekeraar toe.

Te vervullen door de Werkgever

Datum van indiensttreding:	Datum van aansluiting:
Proefperiode: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Indien ja, einddatum:
Werkelijke maandelijkse refertebezoldiging:	Tewerkstellingspercentage: %
Personeelscategorie:	Stamnummer:
De Werkgever bevestigt dat het personeelslid effectief aan het werk is op de datum van onderhavige aansluitingsaanvraag. Hij bevestigt eveneens de juistheid van de gegevens betreffende de familiale toestand en het volledige adres van het personeelslid.	

Personeelslid (naam, voornaam, datum en handtekening)

Werkgever (naam, datum en handtekening)

