

## Document d'affiliation Assurance collective Incapacité de travail

Nom Employeur : Numéro de groupe : BCVR

### A compléter par le membre du personnel (en majuscules svp)

Nom : Prénom(s) :  
(nom de jeune fille pour les femmes)

Adresse : Rue : N°/Boîte :

Code postal : Localité :

Date de naissance : N° Registre National :

Sexe :  Masculin  Féminin

Statut social :  Salarié  Indépendant

Langue officielle :  Néerlandais  Français

### Etat civil

Célibataire  Séparé(e) de fait depuis le :

Marié(e) depuis le :  Séparé(e) de corps depuis le :

Co-habitant(e) légal(e) depuis le :  Divorcé(e) depuis le :

Co-habitant(e) de fait depuis le :  Veuf(ve) depuis le :

- Le membre du personnel déclare se soumettre à la convention incapacité de travail, instauré par l'Employeur en faveur de son personnel.
- Les contrats seront établis sur la base du présent document d'affiliation et des dispositions du règlement d'assurance de groupe.
- L'Entreprise d'Assurances se réserve le droit de subordonner l'affiliation au résultat de formalités médicales favorable reconnu par elle.

### A compléter par l'Employeur

Date d'entrée en service : Date d'affiliation :

Période d'essai :  Oui  Non Si oui, date fin :

Rémunération mensuelle réelle de référence : Régime de travail : %

Catégorie de personnel : Matricule :

L'Employeur certifie que le membre du personnel est effectivement au travail à la date du présent document d'affiliation. Il certifie également l'exactitude des données relatives à la situation familiale et à l'adresse complète du membre du personnel.

Membre du personnel (date et signature)

Employeur (date et signature)

