

Document d'affiliation assurance de groupe (avec choix)

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 : _____

Composition de famille	Nom (nom de jeune fille pour les femmes)	Prénom(s)	Date de naissance	Sexe	Allocations familiales et/ou à charge
Partenaire				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Enfant				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Enfant				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Enfant				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Enfant				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Enfant				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

- Le membre du personnel déclare d'accepter et s'engage à respecter le règlement d'assurance de groupe instauré par l'Employeur en faveur de son personnel.
- En cas de décès du membre du personnel, les bénéficiaires sont ceux indiqués dans le règlement d'assurance de groupe. Si vous désirez modifier la clause d'attribution bénéficiaire, veuillez nous compléter le document « Modification de bénéficiaires » et le joindre au présent document.
- Les contrats d'assurance 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.

Choix des garanties

Compléter uniquement les garanties pour lesquelles, en application du règlement d'assurance de groupe, un choix est possible. Au cas où pour une garantie prévue au règlement aucun choix n'a été exprimé ou un choix non valable, le choix standard tel que défini par le règlement sera d'application.

Garantie « Capital décès »

- Choix standard
(Le choix standard est défini par le règlement.)
- Choix libre : fois la rémunération de référence annuelle (cfr. règlement)
- Je ne souhaite pas de garantie « Capital décès »

Garantie « Capital décès accidentel supplémentaire »

- Choix standard
(Le choix standard est défini par le règlement.)
- Choix libre : fois le capital décès garanti

Garantie « Incapacité de travail »

- Choix standard
(Le choix standard est défini par le règlement.)
- Je ne souhaite pas de garantie « Incapacité de travail »
- Choix libre :
- 0% T1 + 60% T2 (et 60% T3 en cas d'accident du travail³)
 - 5% T1 + 65% T2 (et 65% T3 en cas d'accident du travail³)
 - 15% T1 + 75% T2 (et 75% T3 en cas d'accident du travail³)
 - 20% T1 + 80% T2 (et 80% T3 en cas d'accident du travail³)

T1 = la rémunération de référence limitée au plafond de rémunération A.M.I.¹

T2 = la tranche de la rémunération de référence excédant le plafond A.M.I.

T3 = la tranche de la rémunération de référence excédant le plafond A.T.²

¹A.M.I. : Assurance Maladie-Invalidité

²A.T. : Accidents du Travail

³Accident du travail : si prévu au règlement

La rente est indexée de 0% 1% 3%

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 (nom, prénom, date et signature)

Employeur (nom, date et signature)