

Document d'affiliation assurance de groupe (sans choix)

Nom Employeur : _____ Numéro de groupe : **BCVR**

Numéro Comité Paritaire : _____

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.

A compléter par l’Employeur

Date d’entrée en service :	Date d’affiliation :
Période d’essai : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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)

