

Assurance de groupe - Demande de modification

Date de modification :

Nom Employeur :

Numéro de groupe : **BCVR**

A compléter par l'Employeur (en majuscules svp)

Nom :

(nom de jeune fille pour les femmes)

Prénom(s) :

Matricule:

Modification

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

Partenaire

Nom (nom de jeune fille pour les femmes)	Prénom	Date de naissance	Sexe	A charge depuis*	Plus à charge depuis
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		

Enfant(s)

Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe	A charge depuis*	Plus à charge depuis
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		

* A charge: voir dispositions règlement d'assurance de groupe

<input type="checkbox"/>	Catégorie de personnel				
	De :	Vers :	<input type="checkbox"/> Indépendant		
Rémunération réelle de référence :					
<input type="checkbox"/>	Interruption de carrière totale				
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			
	Date de début :	Date fin :			
<input type="checkbox"/>	Régime de travail				
	Date de début :	De :	%	Vers :	%
	Date fin :	De :	%	Vers :	%

Remarques

- Les contrats d'assurance seront modifiés sur la base du présent document de modification et des dispositions du règlement d'assurance de groupe.
- L'Entreprise d'Assurances se réserve le droit de subordonner la modification au résultat de formalités médicales favorable reconnu par elle.

Employeur (nom, date et signature)

