

Document d'affiliation Contrat d'assurance maladie liée à l'activité professionnelle

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*

Partenaire

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

Enfant(s)

Nom	Prénom(s)	Assuré ailleurs	Date de naissance	Sexe	Allocations familiales et/ou à charge
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

*Conformément aux conditions particulières de la convention d'assurance l'activité professionnelle "Soins de Santé" souscrite par l'Employeur.

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 demandée:
Période d'essai :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, date fin :
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)

