

Aansluitingsdocument Beroepsgebonden ziektekostenverzekering

Naam Werkgever:

Groepsnummer: BCVR

Te vervolledigen door het personeelslid (in hoofdletters a.u.b.)

Naam:

(meisjesnaam voor de vrouwen)

Voornaam:

Adres: Straat:

Nr/Bus:

Postnummer:

Woonplaats:

Geboortedatum:

Rijksregisternummer:

Geslacht:

Mannelijk

Vrouwelijk

Sociaal statuut:

Loontrekkende

Zelfstandige

Officiële taal:

Nederlands

Frans

Burgerlijke staat

Alleenstaand

Feitelijk gescheiden sinds:

Gehuwd sinds:

Gescheiden van tafel en bed sinds:

Wettelijk samenwonend sinds:

Wettelijk gescheiden sinds:

Feitelijk samenwonend sinds:

Weduwnaar / Weduwe sinds:

Gezinssamenstelling*

Partner

| Naam (meisjesnaam voor de vrouwen) | Voornaam | Elders verzekerd | Geboortedatum | Geslacht | Kinderbijslag en/of ten laste |
|------------------------------------|----------|---|---------------|---|---|
| | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen |

Kind(eren)

| Naam | Voornaam | Elders verzekerd | Geboortedatum | Geslacht | Kinderbijslag en/of ten laste |
|------|----------|---|---------------|---|---|
| | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen |
| | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen |
| | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen |
| | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen |
| | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen |

* In overeenstemming met de bijzondere voorwaarden van de overeenkomst beroepsgebonden ziektekostenverzekering "Hospitalisatie" onderschreven door de Werkgever.

De verzekeraar behoudt zich het recht voor om de aansluiting afhankelijk te maken van het resultaat van medische formaliteiten. De beoordeling van dat resultaat komt de verzekeraar toe.

Te vervullen door de Werkgever

Datum van indiensttreding:

Gevraagde datum van aansluiting:

Proefperiode:

 Ja Neen

Indien ja, einddatum:

Tewerkstellingspercentage:

%

Personeelscategorie:

Stamnummer:

De Werkgever bevestigt dat het personeelslid effectief aan het werk is op de datum van onderhavige aansluitingsaanvraag. Hij bevestigt eveneens de juistheid van de gegevens betreffende de familiale toestand en het volledige adres van het personeelslid.

Personeelslid (naam, voornaam, datum en handtekening)

Werkgever (naam, datum en handtekening)

