

Aansluitingsdocument Collectieve verzekering arbeidsongeschiktheid

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:

- Het personeelslid verklaart zich akkoord met de bepalingen van de overeenkomst arbeidsongeschiktheid dat door de Werkgever ten gunste van zijn personeelslid werd ingevoerd.
- Het verzekeringscontract zal worden opgemaakt op grond van onderhavige aansluitingsaanvraag en van de bepalingen van de overeenkomst arbeidsongeschiktheid.
- 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 vervolledigen door de Werkgever

Datum van indiensttreding:

Datum van aansluiting:

Proefperiode:

Ja

Neen

Indien ja, einddatum:

Werkelijke maandelijkse refertebezoldiging:

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 (datum en handtekening)

Werkgever (datum en handtekening)

