

Groepsverzekering – Aanvraag tot wijziging

Wijzigingsdatum:

Naam Werkgever :

Groepsnummer: BCVR

Te vervolledigen door de Werkgever (in hoofdletters a.u.b.)

Naam:

(meisjesnaam voor de vrouwen)

Voornaam:

Stamnummer:

Wijziging familiale toestand van aangeslotene

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	Geboortedatum	Sexe	Ten laste sinds*	Niet meer ten laste sinds
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V		

Kind(eren)

Naam	Voornaam	Geboortedatum	Sexe	Ten laste sinds*	Niet meer ten laste sinds
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V		
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V		
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V		
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V		
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V		

* Ten laste: zie beschikkingen van het groepsverzekeringsreglement

<input type="checkbox"/> Personeelscategorie					
Van:		Naar categorie:		<input type="checkbox"/> Zelfstandige	
Maandelijks werkelijke refertebezoldiging vanaf datum wijziging:					
<input type="checkbox"/> Totale loopbaanonderbreking					
<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Neen			
Datum aanvang:			Datum einde:		
<input type="checkbox"/> Arbeidsstelsel					
Datum aanvang:		Van:	%	Naar:	%
Datum einde:		Van:	%	Naar:	%

Opmerkingen

- De verzekeringscontracten zullen worden gewijzigd op grond van onderhavige document en van de bepalingen van het groepsverzekeringsreglement.
- 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.

Werkgever (naam, datum en handtekening)

