



AANSLUITINGSFORMULIER

Collectieve verzekering gezondheidszorgen

☐ Uitgifte van een nieuwe verzekerde

☐ Toevoegen van een familielid

☐ Vertrek van een verzekerde

☐ Wijzigen van de polis van een verzekerde

Datum invoegetreding van de aanvraag

Polisnummer:

Identificatie werkgever:

Woon-en Zorgbedrijf

Wervik

Werkgeversnummer:

Identificatie van titularis (personeelslid)

Naam:

Voornaam:

Geslacht:

Geboortedatum:

Burgerlijke stand:

Datum indiensttreding:

Taalrol:

Personeelscategorie:

Adres:

Nr/Bus:

Postcode:

Woonplaats:

Aansluiting/Wijziging aan de verzekering gezondheidszorgen

Partner

Naam:

Voornaam:

Geboortedatum:

☐ Toevoegen

☐ Schrappen

Kind

Naam:

Voornaam:

Geboortedatum:

☐ Toevoegen

☐ Schrappen

Kind

Naam:

Voornaam:

Geboortedatum:

☐ Toevoegen

☐ Schrappen

Kind

Naam:

Voornaam:

Geboortedatum:

☐ Toevoegen

☐ Schrappen

Kind

Naam:

Voornaam:

Geboortedatum:

☐ Toevoegen

☐ Schrappen

Kind

Naam:

Voornaam:

Geboortedatum:

☐ Toevoegen

☐ Schrappen

Vertrek van titularis

Vertrekdatum:

☐ Basisformule

☐ uitgebreide formule

Opmerkingen:

De verzekerde en de titularis verklaren dat de bovenstaande gegevens waar en oprecht zijn in alle bijzonderheden, ook al hebben zij ze niet eigenhandig geschreven. Zij verklaren te weten dat het verzwijgen of onjuist meedelen van gegevens binnen de wet op de landsverzekeringsovereenkomst van 25/06/1992 bepaalde grenzen, kan leiden tot de nietigheid van het contract of de niet betaling van de verzekeringssommen.

De ondertekenaar(s) verklaart (verklaren) kennis genomen te hebben van de bepalingen betreffende de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Gedaan te: , op

De titularis / de verzekerde, (handtekening voorafgegaan door "gelezen en goedgekeurd")