

Document de modifications pour l'assurance collective hospitalisation des Services publics fédéraux (FORCMS-AV-046)



A renvoyer à votre service social de votre employeur ou à votre service du personnel de votre administration

Données de l'employeur

Nom de l'employeur : _____

Numéro du groupe: _____ Sousgroupe: _____

Données de l'employé

Nom de l'employé: _____

Numéro matricule: _____

date de naissance de l'employé: _____

Suppression d'(un) assuré(s)

Décès date : __/__/__
Nom du défunt _____
Date du décès __/__/__

Divorce date : __/__/__

Enfant
Nom de l'enfant _____
A partir du __/__/__

Remarque!!! Un enfant peut rester affilié
SOIT s'il perçoit des allocations familiales
SOIT s'il est fiscalement à charge
SOIT s'il est domicilié chez le titulaire

Affiliations supplémentaires

Affiliation de membre(s) de la famille (seulement si l'employé est déjà affilié)

Mariage / Cohabitation* date mariage / cohabitation: __/__/__

Naissance / Adoption date naissance / adoption : __/__/__

* En cas de cohabitation la demande doit valablement être faite au moyen d'un certificat de domicile délivré par l'administration communale.

Identité	membre fam. 1	membre fam. 2	membre fam. 3	membre fam.4
Nom				
Prénom				
Sexe				
Date naissance				
Etat civil				
lien de parenté				

Autres modifications

Mutation : de _____ vers _____ date mutation : __/__/__

Suppression des allocations familiales : Nom de l'enfant: _____ date mutation : __/__/__

Mise à la retraite date: __/__/__

Autre modification : (description modification) _____ date modification : __/__/__

La collecte des données et l'utilisation de celles-ci sont conformes aux dispositions de la loi belge sur la protection de la vie privée. AG Insurance, responsable du traitement, peut traiter les données obtenues sur les personnes pour la gestion de l'assurance collective des services publics fédéraux, y compris l'établissement des statistiques. Vous pouvez prendre connaissance de ces données et si nécessaire les faire rectifier.

Le soussigné déclare conserver une copie de ce document et avoir pris connaissance des conditions de l'assurance collective hospitalisation des Services Publics Fédéraux. (FORCMS-AV-046)

À : _____, le _____

Signature membre du personnel, personnes (majeures) affiliées,