

Nom et prénom assuré principal :

Numéro mécanographique :

Numéro National d'identification : - -

Changement d'adresse Rue : N° : Boîte :

Code postal : Domicile :

Numéro téléphone civil : Numéro GSM :

Numéro téléphone militaire :

Affiliation Mariage Cohabitation

époux/épouse ou partenaire *(Si l'époux/épouse ou le partenaire est également membre du personnel, il doit remplir lui-même un feuillet d'affiliation comme assuré principal)*

Date du mariage ou de la cohabitation :

Nom et prénom :

Numéro National d'identification : - -

Date de naissance : Sexe : Homme Femme

Si l'intéressé(e) est déjà couvert(e) par une police équivalente *(les polices offrant les garanties suivantes : couverture en cas d'hospitalisation, avec garantie complémentaire "pré et post-hospitalisation", "médecine ambulatoire" et "maladies graves")* ? Oui Non

Depuis : Jusqu'à :

Numéro de police : Compagnie d'assurances :

Affiliation enfant Naissance Adoption + date adoption :

Nom et prénom :

Numéro National d'identification : - -

Date de naissance : Sexe : Homme Femme

Droit aux allocations familiales? Oui Non Fiscalement à charge ? Oui Non

Si l'intéressé(e) est déjà couvert(e) par une police équivalente *(les polices offrant les garanties suivantes : couverture en cas d'hospitalisation, avec garantie complémentaire "pré et post-hospitalisation", "médecine ambulatoire" et "maladies graves")* ? Oui Non

Depuis : Jusqu'à :

Numéro de police : Compagnie d'assurances :

Résiliation Divorce (*) Date :

époux/épouse Fin de la cohabitation (*) Date :

ou partenaire Décès Date :

(*) *(Le contrat a été résilié pour lui/elle à la date ci-dessus mais l'intéressé(e) reste assuré(e) jusqu'au 31 décembre de l'année en cours)*

NE PAS OUBLIER DE SIGNER ET DATER AU VERSO

Résiliation enfant Décès Date :

Plus fiscalement à charge, n'a plus droit aux allocations familiales (*) Date :

(*) (Le contrat a été résilié pour lui/elle à la date ci-dessus mais l'intéressé(e) reste assuré(e) jusqu'au 31 décembre de l'année en cours)

Départ Démission Date :

(Le contrat a été résilié pour lui/elle à la date ci-dessus mais l'intéressé(e) reste assuré(e) jusqu'au 31 décembre de l'année en cours)

Pensionné(e) définitivement Date :

(Le contrat ne sera pas résilié. A partir du 1er janvier de l'année qui suit la date ci-dessus, il n'y a plus d'intervention dans le montant de la prime par le département de la Défense)

Disponibilité Date :

(Le contrat ne sera pas résilié. A partir du 1er janvier de l'année qui suit la date ci-dessus, il n'y a plus d'intervention dans le montant de la prime par le département de la Défense)

Autres : Date :

Décès Date :

L'(Les) autre(s) assuré(s) veut-il (veulent-ils) continuer l'assurance ? Oui Non

Pause-carrière Date de début :

 Durée :

RTEIC (Retrait Temporaire d'Emploi par Interruption de Carrière)

RTECP (Retrait Temporaire d'Emploi pour Convenance Personnelle)

RTERF (Retrait Temporaire d'Emploi pour Raison Familiale)

Autres

(Le contrat ne sera pas résilié)

 Date de reprise en force après la pause-carrière :

Résiliation Je veux mettre un terme à ce contrat pour moi-même.

Je veux mettre un terme à ce contrat pour l'(les) assuré(s) suivant(s).

Nom et prénom de l'(les) autre(s) assuré(s).

.....

.....

Remarques

.....

.....

.....

.....

Date :

Signature :

NE PAS OUBLIER DE SIGNER ET DATER