

AANSLUITINGSFORMULIER

**COLLECTIEVE HOSPITALISATIEVERZEKERING
FEDERALE OPENBARE DIENSTEN FORCMS-AV-046**

Naam Federale Openbare Dienst: Federale politie - Groep M860

Gelieve dit aansluitingsformulier in te vullen in **hoofdletters** en terug te sturen naar DGR.DPPMS (HOSPIT), Kroonlaan 145A, 1050 Brussel

TE VERZEKEREN PERSONEN

Titularis

- Actief Gepensioneerd
 Operationeel CALog oud statuut CALog GMZ¹ CALog nieuw statuut zonder GMZ¹

Naam: _____ Voornaam: _____
 Personeelsnummer: _ - _ - _ - _ - _ - _ Datum indiensttreding: _ / _ / _ - _ - _
 Geboortedatum: _ / _ / _ - _ - _ - _ Geslacht: Man / Vrouw (*)
 Straat + nr: _____
 Postcode: _ - _ - _ Gemeente: _____
 Telefoonnummer: _ - _ - _ - _ - _ - _ E-mailadres: _____

Echtgeno(o)t(e) of levenspartner die op hetzelfde adres gedomicilieerd is als de titularis / weduw(e)(naar) (*)

Naam: _____ Voornaam: _____
 Geboortedatum: _ / _ / _ - _ - _ - _ Geslacht: Man / Vrouw (*)

Kind(eren) met kinderbijslag / zonder kinderbijslag maar fiscaal ten laste van of gedomicilieerd bij de titularis (*)

Naam	Voornaam	Geboortedatum	Geslacht(*)
_____	_____	_ / _ / _ - _ - _ - _	Man / Vrouw
_____	_____	_ / _ / _ - _ - _ - _	Man / Vrouw
_____	_____	_ / _ / _ - _ - _ - _	Man / Vrouw
_____	_____	_ / _ / _ - _ - _ - _	Man / Vrouw
_____	_____	_ / _ / _ - _ - _ - _	Man / Vrouw

Ik verbind mij ertoe alle wijzigingen in mijn gezinstoestand en/of statuut onmiddellijk door te geven aan DGR.DRP-P-CALOG door middel van een wijzigingsformulier.

(*) het onnodige schrappen aub.
¹ Gratis Medische Zorgen

ANALOGE VERZEKERINGEN

Zijn de hiervoor vermelde personen reeds bij een dergelijke verzekering aangesloten? JA NEEN

OPM.: Zo ja, gelieve een verzekeringsattest afgeleverd door de betrokken verzekeraar bijvoegen.

GEKOZEN FORMULE

BASISFORMULE UITGEBREIDE FORMULE

OPM.: De gekozen formule geldt voor alle aangesloten leden van het gezin. Indien u geen keuze aanduidt, zal de basisformule gelden.

OPM.: De CALogpersoneelsleden zonder GMZ worden aangesloten op de uitgebreide formule. Voor de eventuele gezinsleden geldt dezelfde formule.

GEKOZEN BETALINGSWIJZE

TRIMESTRIEEL JAARLIJKS

Ondergetekende verklaart kopie van dit document te bewaren en kennis genomen te hebben van de bepalingen van de collectieve hospitalisatieverzekering van de Federale Openbare Diensten (FORCMS-AV-046).

Opgemaakt te _____, op __/__/____

Handtekening van de titularis en van de verzekerde (meerderjarige) personen,

Gecontroleerd te _____, op __/__/____

Stempel van de eenheid van de aanvrager:

Datum van ontvangst bij DGR.DRP-P-CALOG: _____

De inzameling van persoonsgegevens en het gebruik ervan gebeuren conform de bepalingen van de Belgische privacy-wetgeving. AG Insurance, verantwoordelijke voor de verwerking, kan de persoonsgegevens verwerken enkel met het oog op het beheer van de collectieve hospitalisatieverzekering van de Federale Openbare Diensten, met inbegrip van het opmaken van statistieken. U hebt het recht om uw gegevens in te kijken en, indien nodig, te verbeteren.