

Collectieve gezondheidszorg : aansluitingsformulierGraag aangevuld en ondertekend terugbezorgen
kantoor@helixverzekeringen.be

Polisnummer : _____
 Verzekeringnemer : _____
 Periode : _____

Hoofdaangeslotene = _____

Personeelsnummer : _____

Geboortedatum : _____ Geslacht : _____ Taal : _____ Datum in dienst : _____ Aansluitingsdatum : _____

Adres : _____

Email: _____

Gezinsleden :	Naam + voornaam	Geboorte- datum	Geslacht M - V	Taal N - F - D	Aansluitings- datum	Reden (1) aansluiting
Partner	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Kinderen 1.	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Ondertekende, hoofdaangeslotene, verklaart bovenvermelde personen aan te sluiten bij de verzekering "Gezondheidszorg".

- Ondertekende, hoofdaangeslotene, was reeds aangesloten bij een vorige gelijkaardige verzekering:
- alleen *ja/nee (*)*
 - samen met de gezinsleden *ja/nee (*)*

Indien JA, gelieve dan voor iedere persoon de vorige maatschappij en verzekerde periode aan te duiden:

Maatschappij Gezinslid van tot
 Maatschappij Gezinslid van tot
 Maatschappij Gezinslid van tot

(Attest van de vorige maatschappij opvragen en opsturen of bijvoegen).

- Ondergetekende vraagt een attest (bewijs van aansluiting) voor de vorige verzekeraar, en dit voor alle personen die nu aansluiten aan deze collectieve polis.

Iedere persoon, die tot de polis wil toetreden, dient een medische vragenlijst in te vullen.

Opgemaakt te op De hoofdaangeslotene,

(handtekening)

(1) in dienst, aansluiting, huwelijk, samenwonen, geboorte, adoptie,