DEMANDE D'AFFILIATION <u>MEMBRES DE FAMILLE</u>

ASSURANCE HOSPITALISATION

secteur de l'Habillement et de la Confection

(Pour éviter un temps d'attente ainsi que le questionnaire médical, ce formulaire doit être envoyé endéans les 3 mois après la date de début de votre emploi dans notre secteur.)

Prix/an :
Partenaire: 218,97 euros
Enfant : 87,60 euros (domicilié à la même adresse, célibataire, âgé de moins de 25 ans et ayant droit aux allocations familiales).
(Les enfants de plus de 25 ans avec un statut de minorité prolongée peuvent rester affiliés. C'est alors la prime d'un adulte qui s'applique.)

Merci de renvoyer ce document dûment rempli et signé à:
Fonds Social de l'Habillement, Leliegaarde 22 - 1731 Zellik ou par mail: ingrid@swfkleding.be

Soussigné : ……,

(nom et prénom)

Né(e) le : ...../...../……., à : ……..,

(date de naissance en lieu de naissance)

adresse : ……..,

(rue, n°/boîte, code postal et domicile)

souhaite affilier son/sa conjoint/conjointe ou époux/épouse *(supprimer le cas échéant)*.

Nom et prénom du / de la conjoint/conjointe : ……

Date de naissance : ...../...../…….

Sexe : homme / femme *(supprimer le cas échéant)*

Et son/ses enfants :

Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe

Date de la signature : ..... / ..... / ……. **Signature**

Remarque : l'adhésion est obligatoire pour tous les membres de la famille. Vous ne devez pas affilier votre partenaire si vous envoyer la preuve de sa propre assurance.

A remplir par le Fonds Social
N° du registre national du travailleur :
Date d'affiliation du travailleur :
Date de réception de la demande d'affiliation :