vanbreda
RISK & BENEFITS

WIJZIGINGSBERICHT
Hospitalisatieplan

GEGEVENS WERKGEVER

NAAM WERKGEVER : _____

GEGEVENS WERKNEMER

NAAM WERKNEMER : _____

PERSONEELSNUMMER : _____ GEBOORTEDATUM WERKNEMER : _____

SCHRAPPING VAN (EEN) VERZEKERDE(N)

- ☐ UITDIENSTTREDING DATUM ____ / ____ / _____
- ☐ OVERLIJDEN
  - NAAM OVERLEDENE _____
  - DATUM OVERLIJDEN ____ / ____ / _____
- ☐ ECHTSCHEIDING DATUM ____ / ____ / _____
- ☐ AFSCHAFFING KINDERBIJSLAG
  - NAAM VAN HET KIND _____
  - DATUM VANAF ____ / ____ / _____
- ☐ KIND NIET MEER FISCAAL TEN LASTE
  - NAAM VAN HET KIND _____
  - DATUM VANAF ____ / ____ / _____
- ☐ PENSIONERING DATUM ____ / ____ / _____

BIJKOMENDE AANSLUITING (EN)

- ☐ AANSLUITING VAN HET VOLLEDIGE GEZIN (ENKEL INDIEN PERSONEELSLID REEDS AANGESLOTEN IS)
- ☐ HUWELIJK / SAMENWONEN DATUM HUWELIJK / SAMENWONEN ____ / ____ / _____
- ☐ GEBOORTE / ADOPTIE DATUM GEBOORTE / ADOPTIE ____ / ____ / _____

IDENTITEIT	PARTNER	KIND 1	KIND 2	KIND 3	KIND 4
NAAM					
VOORNAAM					
GESLACHT					
GEBOORTEDATUM					
BURGERLIJKE STAAT*					
VERWANTSCHAP MET WERKNEMER					
VAK BESTEMD VOOR VANBREDA RISK & BENEFITS	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /

* bij samenwonen attest bijvoegen

ANDERE WIJZIGINGEN

- ☐ MUTATIE : VAN _____ NAAR _____ DATUM ____ / ____ / _____
- ☐ STATUUTSWIJZIGING : OMSCHRIJVING WIJZIGING _____ DATUM WIJZIGING ____ / ____ / _____
- ☐ ANDERE WIJZIGING : OMSCHRIJVING WIJZIGING _____ DATUM WIJZIGING ____ / ____ / _____

TE _____

DE _____

HANDTEKENING PERSONEELSLID

Ik bevestig dat de bovenstaande antwoorden volledig zijn en met de waarheid overeenstemmen. De medegedeelde gegevens worden door de maatschappij verwerkt en aangewend met het oog op het volledig vervullen van de taak van verzekeringsmaatschappij in de door haar beoefende verzekeringsactiviteiten. Ik heb het recht van toegang tot en verbetering van die gegevens. Aanvullende inlichtingen kunnen bekomen worden bij de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, Ministerie van Justitie, Poelaertplein 3, 1000 Brussel. Met het oog op een vlot beheer van het contract en/of van het schadedossier, en enkel daartoe, geef ik hierbij mijn bijzondere toestemming wat betreft de verwerking van medische gegevens die op mij betrekking hebben (art. 7 van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer).

Dit formulier opsturen naar:
Vanbreda Risk & Benefits
Plantin en Moretuslei 297
2140 Antwerpen
E-mail: mcc@vanbreda.be