ZITTING VAN:

PROVINCIE:

………………

ARRONDISSEMENT:

………………

GEMEENTE:

………………

OCMW:

………...

INTERCOMMUNALE:

....................................

**ONDERWERP**

**Toetreding tot de collectieve hospitalisatieverzekering van de Federale Pensioendienst-Gemeenschappelijke Sociale Dienst-**

AANWEZIG: VERONTSCHULDIGD:

DE RAAD

Gezien de wet van 18 maart 2016 tot overname van in het bijzonder de Gemeenschappelijke Sociale Dienst (GSD) van de dienst voor de bijzondere socialezekerheidsstelsels, door de federale pensioendienst (FPD),

Gelet op het feit dat de FPD, in naam van de provinciale en plaatselijke overheidsdiensten, een offerteaanvraag conform de wet op de overheidsopdrachten zal organiseren;

Overwegende dat … (*motiveer hier de beslissing*)

In overeenstemming met de wet van 19 december 1974 tot regeling van de betrekkingen tussen de overheid en de vakbonden van haar personeel, werden deze bepalingen vooraf voorgelegd aan het onderhandelingscomité op …;

Gezien de notulen van het overlegcomité Provincie/Gemeente/OCMW op ...;

Na hierover te hebben beraadslaagd:

Met … stemmen voor, … stemmen tegen en … onthoudingen;

BESLIST

Artikel 1.-

Het gemeentebestuur, het OCMW, de intercommu­nale vereniging (\*) .................. *(of andere benaming)* zal toetreden tot de collectieve verze­kering "verzorgingskosten bij hospitalisatie of ernstige ziekte" die de FPD heeft afgesloten.

Artikel 2.-

Hiertoe vult het bestuur het aansluitingsformulier in.

Artikel 3.-

De toetreding toDe toetreding tot de voornoemde verzekering houdt voor het aangesloten bestuur de verbintenis in, de bijzondere en algemene bepalingen, in acht te nemen .

Een exemplaar van dit besluit zal worden overgemaakt aan de FPD-Gemeenschappelijke Sociale Dienst.

Opgemaakt te .................... op ................

Secretaris, Burgemeester(\*), Voorzit(s)ter(\*)

**FORMULIER AANSLUITING BIJ KADEROVEREENKOMST COLLECTIEVE HOSPITALISATIEVERZEKERING - FPD-GSD**

Terug te sturen tegen 31 maart 2021 naar info@gsd.fgov.be

Naam van het bestuur:…………………………………………………………………………………………………

Contactpersoon:………………………………………………………………………………………………………

E-mailadres:…………………………………………………………………………………………………………………..

NEEMT DEEL AAN DE KADEROVEREENKOMST COLLECTIEVE HOSPITALISATIEVERZEKERING 2022-2025

* JA NEE (schrappen wat niet past)

ZO JA:

* Betaalt de premie:
  + - gekozen formule: basis of uitgebreid (schrappen wat niet past)
    - aantal hoofdverzekerden:
    - aantal nevenverzekerden:
* Betaalt de premie niet:
  + - aantal hoofdverzekerden:
      * basisformule:
      * uitgebreide formule:
    - aantal nevenverzekerden:
      * basisformule:
      * uitgebreide formule:

NEEMT DEEL AAN DE KADEROVEREENKOMST COLLECTIEVE HOSPITALISATIEVERZEKERING 2022-2025 maar is momenteel gebonden aan een ander contract

* Voorziene aansluitingsdatum:
* Betaalt de premie:
  + - gekozen formule: basis of uitgebreid (schrappen wat niet past)
    - aantal hoofdverzekerden:
    - aantal nevenverzekerden:
* Betaalt de premie niet:
  + - aantal hoofdverzekerden:
      * basisformule
      * uitgebreide formule
    - aantal nevenverzekerden:
      * basisformule
      * uitgebreide formule

Naam- Functie -Datum en handtekening Stempel van het bestuur