Formulaire à renvoyer à votre service du personnel.

FORMULAIRE D'ADHESION SFPD

IDENTITE TITULAIRE: Date d'entrée en service: ____/____/____

Nom : _____ ☐ Actif

Prénom : _____ ☐ Pensionné

Adresse : _____ N° : _____ Boîte : _____

Code Postal : _____ Localité : _____

Pays : _____ N° téléphone : _____

Date de naissance: ____/____/____ N° de GSM : _____

Sexe: ☐ M ☐ F Langue: ☐ NL ☐FR ☐ DE

Adresse e-mail : _____

Etat civil : _____

N° registre national: _____

Compte Bancaire: IBAN-code ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

BIC-code ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Fréquence de paiement: ☐ Mensuel ☐ Trimestriel ☐ Annuel

☐ Identité des membres de la famille à ajouter à l'assurance hospitalisation:

COMPOSITION DE MENAGE :

Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe	Lien de parenté

CHOIX DE LA FORMULE DE GARANTIES – ASSURANCE COLLECTIVE HOSPITALISATION:

☐ Formule de base ☐ Formule étendue

La formule choisie doit concerner l'ensemble des membres de la famille assurée.

Date : ____/____/____ Signature du titulaire : _____

Promut traite vos données personnelles et données relatives à votre santé (article 9 du RGPD) ainsi que celles des enfants mineurs sur lesquels vous exercez l'autorité parentale, et ce, lorsque celles-ci sont nécessaires à la gestion du dossier. Ces données seront traitées, dans la mesure du possible, avec la plus grande discrétion et uniquement par des personnes autorisées.
Les obligations de Promut sont détaillées dans la déclaration 'privacy policy' de Promut, disponible sur notre site internet http://www.medexel.be/fr/declaration-relative-a-la-protection-des-donnees-a-caractere-personnel.