Bitte senden Sie dieses Beitrittsformular an Ihre Personalabteilung.

BEITRITTSFORMULAR SFPD

IDENTITÄT DES HAUPTVERSICHERTEN: Dienstantrittsdatum: ____/____/____

Name: _____ ☐ Aktiv

Vorname: _____ ☐ Pensioniert

Straße: _____ Nr.: _____ Postfach: _____

Postleitzahl: _____ Gemeinde: _____

Land: _____ Telefonnr.: _____

Geburtsdatum: ____/____/____ Handynummer: _____

Geschlecht: ☐ M ☐ W Sprache: ☐ NL ☐FR ☐ DE

E-Mail-Adresse: _____

Personenstand: _____

Nationalregisternummer: _____

Bankkonto: IBAN-Code ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

BIC-Code ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Häufigkeit der Zahlungen: ☐ Monatlich ☐ Vierteljährlich ☐ Jährlich

☐ Identität der Familienmitglieder, die mitversichert werden sollen:

FAMILIENZUSAMMENSETZUNG:

Nachname	Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht	Verwandtschaft

WAHL DER GARANTIEFORMEL:

☐ Grundformel ☐ Erweiterte Formel

Die gewählte Garantieformel ist für alle Mitglieder der versicherten Familie gleich.

Datum: ____/____/____ Unterschrift des Hauptversicherten: _____

Promut verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten und Daten über Ihre Gesundheit (Artikel 9 DSGVO) sowie die Ihrer minderjährigen Kinder, über die Sie die elterliche Sorge ausüben, und zwar dann, wenn sie für die Verwaltung des Versicherungsvertrags und für die Bearbeitung von Schadensfällen erforderlich sind. Diese Daten werden mit größtmöglicher Diskretion und ausschließlich von hierzu autorisierten Personen verarbeitet. Die Verpflichtungen von Promut sind in der Datenschutzerklärung von Promut aufgeführt, die Sie auf unserer Website finden. http://www.medexel.be/nl/verklaring-betreffende-de-bescherming-van-persoonsgegevens