



DEMANDE D'ADHESION ASSURANCE HOSPITALISATION

Ce formulaire d'adhésion est personnel et confidentiel. **Veillez le renvoyer dûment complété et signé au Fonds Social via info@fonds127.be.**

I. TRAVAILLEUR:

Identité Secteur: Fonds Social des Combustibles *Groupe nr.* KJ189

Nom & prénom travailleur:.....

Date de naissance:..... Lieu de naissance:.....

Rue:..... N°:..... Boîte:.....

Code postal:..... Commune:.....

désire assurer le(s) member(s) de sa famille suivant(s):

II. PARTENAIRE (épouse/époux/cohabitant(e)) *biffer ce qui n'est pas d'application*

Nom & prénom partenaire:.....

Date de naissance:..... Lieu de naissance:.....

III. LES ENFANTS QUI OUVRENT LE DROIT A L'ALLOCATION FAMILIALE

Nom & prénom 1er enfant:.....

Date de naissance:..... Lieu de naissance:.....

Nom & prénom 2ième enfant:.....

Date de naissance:..... Lieu de naissance:.....

Nom & prénom 3ième enfant:.....

Date de naissance:..... Lieu de naissance:.....

Nom & prénom 4ième enfant:.....

Date de naissance:..... Lieu de naissance:.....

Date de signature : / /

Signature

A COMPLETER PAR LE FONDS SOCIAL

N° NAT. travailleur :.....

Date d'entrée du travailleur :.....

Date réception formulaire d'adhésion :.....