

ETHIAS Rue des Croisiers 24 4000 LIEGE 04/220 31 11	SNPS Av.Gén.Bernheim 18/20 1040 BRUXELLES 02/644 65 00	ASSURNAT s.a. Av. Gén.Bernheim 18/1 1040 BRUXELLES 02/643.20.25 – 02/643.20.29 (fax) info@assurnat.be N° CBFA : 67904
---	--	--

**FORMULAIRE D'ADHESION
ASSURANCE COLLECTIVE SOINS DE SANTE**

Date de début souhaitée:

Le titulaire (= membre du SNPS N°)

NOM & PRENOM	
LIEU & DATE NAISSANCE	
N° Tél.	

Autres personnes à assurer (épouse/ concubine + enfant(s) fiscalement à charge – 25 ans max.) :

	NOM & PRENOM	NAISSANCE	DEJA ASSURE (E) (Cie & N° police)
Epouse / Concubine			
Enfant			
Enfant			
Enfant			
Enfant			

→ Je confirme que toutes ces personnes font partie de mon ménage et sont domiciliées à l'adresse suivante :

→ Je m'engage à communiquer immédiatement toute modification d'adresse ou de composition de ménage, à Assurnat s.a.

→ Je prend connaissance que les conditions de cette assurance sont réservées aux membres du S.N.P.S. en ordre de cotisations, et que tout manquement entraînera systématiquement la résiliation du contrat.

→ Résiliation, minimum 3 mois avant la date d'échéance (01 décembre) par lettre recommandée à adresser à Assurnat.

Fait à le

Signature :

===== > **Document à renvoyer à Assurnat.**