



Date : .

Réservé SNPS

Cotisation OK NOK

N° de membre

Date d'affiliation

Montant

DEMANDE PRIME DE MARIAGE

NOM et prénom (= membre)		
NOM et prénom époux(se)		
ADRESSE	Rue et n°	
	Code postal et commune	
Date mariage		
N° de banque	B E	

- Conditions :** - Le(la) soussigné(e) déclare être membre et en ordre de cotisation depuis minimum 13 mois sans interruption.
- Ce formulaire, **accompagné d'une copie de l'acte de mariage**, doit être transmis au plus tard trois mois après le mariage.

Je désire que mon époux(se) soit couvert(e) via mon assurance-hospitalisation (oui/non). Mon époux(se) était assuré(e) en « Soins de santé » via :

la société, n° de police jusqu'au

Le (la) soussigné(e) marque son accord pour que les données inscrites soient encodées automatiquement dans le fichier des membres du SNPS et traitées conformément aux dispositions de la loi du 08 décembre 1992 sur le respect de la vie privée. Il vous est loisible d'exercer vos droits d'accès et de rectification éventuelle de ces données.

Nous vous recommandons de vous adresser à cet effet au maître du fichier :
SNPS, Romboutsstraat 1/011 à 1932 ZAVENTEM