



Assurance Collective (Health Care)

Demande de continuation individuelle de l'assurance maladie liée à l'activité professionnelle

Ce document vous permet de demander une offre pour une assurance individuelle. Cette demande ne vous oblige pas à conclure un contrat.

Veillez nous renvoyer le formulaire complété et signé par e-mail à l'adresse continuation@aginsurance.be.

Si vous scannez le formulaire, assurez-vous que le contenu soit bien lisible.

Document à compléter par le membre du personnel

Données relatives à l'employeur auprès duquel vous bénéficiez de votre assurance relative à l'activité professionnelle

Nom de l'employeur :

FONDS SOCIAL DEMENAGEMENT

SOCIAAL FONDS VERHUIZINGEN

Date à laquelle l'employeur vous a informé de la perte de la police relative à l'activité professionnelle :

Rue Stroobants straat 48A

1140 EVERE

Identification de l'affilié

Nom : Prénom :

Sexe* : M F

Date de naissance : / /

Rue : N° : Bte :

Code postal : Localité :

N° téléphone : Fax :

E-mail [privé] :

Assurance Hospitalisation

Groupe n° : S/Groupe n° : N° de contrat :

Date de début de l'affiliation à l'assurance hospitalisation ? / /

Date de fin de l'affiliation à l'assurance hospitalisation ? (date communiquée par votre employeur) / /

Pouvez-vous nous communiquer un aperçu de vos assurances Hospitalisation au cours des deux dernières années (tant au niveau privé que via votre employeur) ?

	Début	Fin	Assureur	Employeur (le cas échéant)
1 / / / /
2 / / / /
3 / / / /
4 / / / /
5 / / / /

Données des membres de votre famille affiliés à l'assurance maladie relative à l'activité professionnelle et qui souhaitent une continuation à titre individuel:

Famille	Nom et prénom	Date de naissance	Sexe*	Code postal
Conjoint / /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
1 ^{er} enfant / /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
2 ^e enfant / /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
3 ^e enfant / /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
4 ^e enfant / /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
5 ^e enfant / /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Êtes-vous affilié à AG Care Vision ou AG Care Vision Full ?*

Oui: No de contrat 04/8

Non

Autres assurances maladie

Si vous souhaitez continuer une autre assurance maladie, veuillez la mentionner ci-après:

.....

.....

.....

La collecte des données et l'utilisation de celles-ci sont conformes aux dispositions de la loi belge sur la protection de la vie privée.

AG Insurance, responsable du traitement, peut traiter les données obtenues sur les personnes pour la gestion de ses produits et services d'assurances en ce compris leur promotion, la gestion de la relation clientèle, l'établissement de statistiques, et se réserve le droit de les communiquer à des tiers lorsqu'il existe pour ce faire une obligation légale, contractuelle ou un intérêt légitime.

Vous pouvez prendre connaissance de ces données et si nécessaire les faire rectifier, ainsi que vous opposer gratuitement à ce qu'elles soient traitées à des fins de marketing direct: si vous souhaitez exercer ce droit d'opposition veuillez cocher la case qui suit

Très important: l'affilié certifie l'exactitude des mentions relatives à la situation familiale, à l'affiliation durant les deux dernières années et à son adresse complète.

Fait à le / /

Signature du membre du personnel:

Veuillez envoyer votre demande à:
continuation@aginsurance.be
OU
AG Insurance
Employee Benefits - Health Care 1JQ5B
Boulevard Emile Jacqmain 53
1000 Bruxelles

* Veuillez cocher la case adéquate.

