

Individuele voortzetting collectieve ziekteverzekering

Document in te vullen door werkgever

Informatieverstrekking van werkgever aan werknemer.

Belangrijke opmerking : de informatie opgenomen in dit document dient ten laatste 30 dagen na het verlies van het voordeel van de collectieve ziekteverzekering overgemaakt te worden aan het verzekerd personeelslid samen met het aanvraagdocument 'Aanvraag tot individuele voortzetting van de collectieve ziekteverzekering'.

Gegevens betreffende de werkgever

Naam van de werkgever: _____

Datum waarop de werknemer op de hoogte gebracht wordt van het recht op individuele verderzetting van een collectieve polis: _____ / _____ / _____

Gegevens betreffende het verzekerd personeelslid

Naam & voornaam: _____

Straat: _____ Nr: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

Gegevens betreffende de plannen (*)

Nummer groep: Nummer deelgroep: Contractnummer:

Informatie bestemd voor het personeelslid

U beschikt, onder de voorwaarden van art 138bis-8 van de wet van 25 juni 1992 op de Landsverzekeringsovereenkomst, over het recht om de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst (**)

 gezondheidszorg gewaarborgd inkomen

individueel verder te zetten, zonder nieuwe medische formaliteiten. U moet gedurende de laatste 2 jaar ononderbroken verzekerd geweest zijn bij een private verzekeraar om dit recht te kunnen genieten.

Het recht op voortzetting geldt eveneens voor uw gezinsleden, voor zover zij aangesloten waren op het ogenblik van het verlies van de collectieve polis.

De aansluiting bij collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst (gezondheidszorg/gewaarborgd inkomen) werd beëindigd op _____ / _____ / _____

Indien u deze collectieve verzekering(en) op individuele basis wenst verder te zetten, dient u het bijgevoegde document volledig ingevuld over te maken aan AG Insurance op het opgegeven adres **binnen de 30 dagen na ontvangst van huidige brief**.

U heeft het recht deze termijn bijkomend met 30 dagen te verlengen op voorwaarde dat u AG Insurance hiervan schriftelijk of elektronisch op de hoogte brengt.

Deze informatie wordt verstrekt door de werkgever conform art 138bis -8 § 2 van de wet van 25 juni 1992 op de Landverzekeringsovereenkomst.

Gedaan te _____, op _____ / _____ / _____

Handtekening van de werkgever,

Handtekening van het personeelslid,

(*) Indien de werknemer aangesloten is bij verschillende verzekeringen, gelieve één van de nummers te vermelden, bij voorkeur van de hospitalisatieverzekering.

(**) Gelieve de verzekeringen aan te kruisen waarbij de werknemer is aangesloten.

Aanvraag tot individuele voortzetting van de collectieve ziekteverzekering.

Dit document maakt het mogelijk een offerte voor een individuele verzekering aan te vragen. Deze aanvraag bindt u niet tot het sluiten van een overeenkomst.

Document in te vullen door werknemer

Gegevens betreffende uw werkgever bij wie u de collectieve verzekering genoot

Naam van de werkgever: _____

Datum waarop uw werkgever u op de hoogte gebracht heeft over het verlies van de collectieve polis: _____

Identiteit personeelslid

Naam: _____ Geboortedatum: ____/____/____

Voornaam: _____ Geslacht*: M / V

Straat: _____ nr: _____ bus: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____ / _____ Fax: _____ / _____

E-mail (privé): _____

Hospitalisatieverzekering

Nummer groep: _____ Nummer deelgroep: _____ Contractnummer: _____

Datum waarop uw aansluiting bij deze hospitalisatieverzekering aanving? ____/____/____

Datum waarop uw aansluiting bij deze hospitalisatieverzekering beëindigd werd? ____/____/____ (meegedeeld door werkgever)

Gelieve een overzicht te geven van uw hospitalisatieverzekeringen gedurende de laatste 2 jaar, zowel privé als via een werkgever:

	Begin	Einde	Verzekeraar	Werkgever (indien van toepassing)
1	___/___/___	___/___/___		
2	___/___/___	___/___/___		
3	___/___/___	___/___/___		

De gegevens van de familieleden die aangesloten waren in de collectieve verzekering en deze individueel willen verderzetten:

Familie	Naam & Voornaam	Geboortedatum	Geslacht*	Postcode
Partner		___/___/___	M / V	
Kind 1		___/___/___	M / V	
Kind 2		___/___/___	M / V	
Kind 3		___/___/___	M / V	
Kind 4		___/___/___	M / V	
Kind 5		___/___/___	M / V	

Bent u aangesloten bij AG Care Vision of AG Care Vision Full?* Ja: contractnr 04/8 _____

Neen

Andere ziekteverzekering(en)

Indien u een andere collectieve ziekteverzekering wenst verder te zetten, gelieve dit hierna op te geven: _____

De inzameling van persoonsgegevens en het gebruik ervan gebeuren conform de bepalingen van de Belgische privacywetgeving.

AG Insurance, verantwoordelijke voor de verwerking, kan de verkregen persoonsgegevens verwerken met het oog op het beheer van zijn verzekeringsproducten en -diensten, met inbegrip van de promotie ervan, het beheer van het cliëntenbestand, het opmaken van statistieken.

AG Insurance behoudt zich het recht voor deze gegevens mee te delen aan derden wanneer hiertoe een wettelijke of contractuele verplichting of een gewettigd belang bestaat. U hebt het recht om uw gegevens in te kijken en, indien nodig, te verbeteren. Indien u niet wenst dat uw gegevens verwerkt worden met het oog op direct marketing, kunt u zich hiertegen uitdrukkelijk en kosteloos verzetten door dit vakje aan te kruisen:

Zeer belangrijk: de aangeslotene bevestigt de juistheid van de gegevens betreffende de familiale toestand, de aansluiting gedurende de voorbije 2 jaar en het volledige adres.

Gedaan te _____, op ____/____/____

Handtekening van het personeelslid,

<p>Deze aanvraag dient teruggestuurd te worden naar:</p>	<p>AG Insurance Employee Benefits – Health Care 1JQ5B Emile Jacqmainlaan, 53 1000 Brussel continuation.employeebenefits@aginsurance.be FAX : 02/664 79 66</p>
---	---

(*) aankruisen wat past.