

■ Continuation individuelle de l'assurance maladie collective

Document à compléter par l'employeur

Communication d'informations de l'employeur au travailleur.

Remarque importante: les renseignements ci-dessous doivent être communiqués au membre du personnel assuré, en joignant le présent document au document 'Demande de continuation de l'assurance maladie collective', au plus tard 30 jours après la perte du bénéfice de l'assurance maladie collective.

■ Données relatives à l'employeur

Nom de l'employeur : _____

Date à laquelle le travailleur a été informé de son droit à la continuation à titre individuel d'une police collective : ____ / ____ / _____

■ Données relatives au membre du personnel

Nom et prénom : _____

Rue : _____ N° : _____

Code Postal : _____ Localité : _____

■ Données relatives aux plans (*)

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

■ Information destinée au membre du personnel

Conformément à l'article 138bis-8 de la Loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, vous avez le droit de continuer à titre individuel et sans nouvelles formalités médicales le contrat d'assurance Maladie collectif (**)

 Soins de santé Revenu Garanti

Pour pouvoir bénéficier de ce droit, vous devez avoir été assuré de façon ininterrompue durant les deux dernières années auprès d'un assureur privé.

Ce droit de continuation est également applicable aux membres de votre famille qui étaient affiliés au moment de la perte de l'assurance collective soins de santé.

Il a été mis un terme à l'affiliation à l'assurance Maladie collective (Soins de Santé / Revenu Garanti) en date du ____ / ____ / _____

Afin de pouvoir continuer cette (ces) assurance(s) collective(s) à titre individuel, il est nécessaire de transmettre, **dans les 30 jours suivant la réception de la présente**, le document ci-joint dûment complété à AG Insurance à l'adresse indiquée.

Vous avez le droit de prolonger ce délai de 30 jours à condition que vous en informiez AG Insurance par écrit ou par voie électronique.

L'employeur communique ces informations conformément à l'article 138bis -8 § 2 de la loi précitée.

Fait à _____, le ____ / ____ / _____

Signature de l'employeur,

Signature du membre du personnel,

(*) Si le travailleur était affilié à plusieurs assurances, prière d'indiquer un des numéros de contrat, de préférence celui de l'assurance Hospitalisation.

(**) Veuillez indiquer les assurances auxquelles le travailleur était affilié.

■ Demande de continuation individuelle de l'assurance maladie collective

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

Document à compléter par le membre du personnel

■ Données relatives à l'employeur auprès duquel vous bénéficiez de votre assurance collective

Nom de l'employeur : _____

Date à laquelle l'employeur vous a informé de la perte de la police collective : _____

■ Identification de l'affilié

Nom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / _____

Prénom : _____ Sexe* : M / F

Rue : _____ n°: _____ BP : _____

CP : _____ 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	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___		

Données des membres de votre famille affiliés à l'assurance collective et qui souhaitent une continuation à titre individuel :

Famille	Nom et prénom	Date de naissance	Sexe (*)	Code postal
conjoint		___ / ___ / ___	M / F	
1 ^{er} enfant		___ / ___ / ___	M / F	
2 ^e enfant		___ / ___ / ___	M / F	
3 ^e enfant		___ / ___ / ___	M / F	
4 ^e enfant		___ / ___ / ___	M / F	
5 ^e enfant		___ / ___ / ___	M / F	

Êtes-vous affilié à AG Care Vision ou AG Care Vision Full ?* Oui: N° 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,

<p>Veuillez envoyer votre demande à :</p>	<p>AG Insurance Employee Benefits – Health Care 1JQ5B Boulevard Emile Jacqmain 53 1000 Bruxelles continuation.employeebenefits@aginsurance.be FAX : 02/664 79 66</p>
--	--

(*) Veuillez cocher la case adéquate.