Antrag auf eine individuelle Krankenhausversicherung

Nach Beendigung der Zugehörigkeit zu einer Betriebskrankenkasse

Wir bitten Sie, das Formular ausgefüllt und unterzeichnet per Mail an hospi.retail@aginsurance.be zurückzusenden.
Wenn Sie das Formular scannen, bitten wir Sie zu kontrollieren, ob der Inhalt lesbar ist.

Von dem Arbeitgeber auszufüllen

Mitteilung des Arbeitgebers an den Arbeitnehmer

Wichtige Bemerkung: die folgenden Informationen, sowie das Antragsdokument „Antrag auf die individuelle Fortsetzung der kollektiven Krankenversicherung", müssen spätestens 30 Tage nach dem Verlust des Anspruchs auf die kollektive Krankenversicherung an den versicherten Arbeitnehmer mitgeteilt werden.

Angaben hinsichtlich des Arbeitgebers

Name des Arbeitgebers: .....

Datum der Mitteilung an den Arbeitnehmer, dass er das Recht darauf hat, die kollektive Versicherung auf individueller Basis fortzusetzen:

..... / ..... /.....

Angaben hinsichtlich des versicherten Arbeitnehmers

Name und Vorname: .....

Straße: ..... Nr.: .....

Postleitzahl: ..... Ort: .....

Angaben hinsichtlich der Pläne (*)

Gruppennummer: ..... Sub-Gruppennummer: ..... Vertragsnummer: .....

Für den Arbeitnehmer bestimmte Informationen

Sie haben das Recht, gemäß den Bestimmungen des Art. 208 des Gesetzes vom 4 /4/2014 über die Versicherungen, Ihren kollektiven Krankenversicherungsvertrag(**)

☐ Krankenversicherung ☐ Garantiertes Einkommen

auf individueller Basis fortzusetzen, u.z. ohne neue ärztliche Formalitäten. Damit Sie von diesem Recht genießen können, müssen Sie während der letzten 2 Jahren ununterbrochen bei einem Privatversicherer versichert gewesen sein.

Das Recht auf die Fortsetzung gilt auch für Ihre Familienmitglieder, soweit sie bei dem Ausfall der kollektiven Versicherung angeschlossen waren.

Die Angliederung an die kollektive Krankenversicherung (Krankenversicherung/Garantiertes Einkommen) ist am ..... / ..... /..... abgelaufen.

Wenn Sie diese kollektive(n) Versicherung(en) auf individueller Basis fortsetzen möchten, bitten wir Sie, uns das beigefügte Dokument ausgefüllt an die angegebene Adresse zurückzusenden, u.z. **innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt dieses Schreibens**.

Sie sind berechtigt, diese Frist um 30 Tage verlängern, soweit Sie AG davon auf schriftlichem oder elektronischem Wege informieren. Diese Informationen werden Ihnen gemäß Art. 208 des Gesetzes vom 4/4/2014 über die Versicherungen von Ihrem Arbeitgeber mitgeteilt.

Ausgefertigt in ....., am ..... / ..... /.....

Unterschrift des Arbeitgebers: Unterschrift des Arbeitnehmers:

(*) Wenn der Arbeitnehmer Mitglied mehrerer Versicherungen ist, bitten wir, eine Vertragsnummer anzugeben (am besten die Vertragsnummer der Krankenhausversicherung).

(**) Wir bitten Sie, die Versicherungen anzugeben, den der Arbeitnehmer angeschlossen ist.

Gruppenversicherung (Health Care)

Antrag auf die individuelle Fortsetzung der kollektiven Krankenversicherung

Mit diesem Dokument können Sie ein Angebot zur individuellen Fortsetzung beantragen. Dieses Angebot ist freibleibend.

Wir bitten Sie, das Formular ausgefüllt und unterzeichnet per Mail an hospi.retail@aginsurance.be zurückzusenden.
Wenn Sie das Formular scannen, bitten wir Sie zu kontrollieren, ob der Inhalt lesbar ist.

Von dem Arbeitnehmer auszufüllen

Angaben hinsichtlich des Arbeitgebers, der die kollektive Versicherung abgeschlossen hat

Name des Arbeitgebers: .....

Datum, an dem er Ihnen mitgeteilt hat, dass die Deckung der kollektiven Versicherung abgelaufen ist: ..... / ..... /.....

Identität des Arbeitnehmers

Name: ..... Vorname: .....

Geschlecht*: ☐ M ☐ W Geburtsdatum: ..... / ..... /.....

Straße: ..... nr.: ..... bfk: .....

PLZ: ..... Ort: .....

Tel: ..... Fax: .....

E-mail (privat): .....

Krankenhausversicherung

Gruppennummer: ..... Sub-Gruppennummer: ..... Vertragsnummer: .....

Anfangdatum der Mitgliedschaft in der Krankenhauskostenversicherung? ..... / ..... /.....

Enddatum der Mitgliedschaft in der Krankenhauskostenversicherung? (mitgeteilt durch den Arbeitgeber) ..... / ..... /.....

Wir bitten Sie, Ihre Krankenhausversicherungen (privat oder via Ihren Arbeitgeber) von den letzten 2 Jahren anzugeben:

	Beginn	Ende	Verzichrer	Arbeitgeber (ggf.)
1	..... / ..... /.....	..... / ..... /.....	.....	.....
2	..... / ..... /.....	..... / ..... /.....	.....	.....
3	..... / ..... /.....	..... / ..... /.....	.....	.....
4	..... / ..... /.....	..... / ..... /.....	.....	.....
5	..... / ..... /.....	..... / ..... /.....	.....	.....

Wir bitten Sie, die Angaben hinsichtlich Ihrer Familienmitglieder anzugeben, die der kollektiven Versicherung angeschlossen waren, und die diese Versicherung auf einer individuellen Basis fortsetzen möchten:

Familie	Name & Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht*	PLZ
Partner	.....	..../..../....	☐ M ☐ W	.....
Kind 1	.....	..../..../....	☐ M ☐ W	.....
Kind 2	.....	..../..../....	☐ M ☐ W	.....
Kind 3	.....	..../..../....	☐ M ☐ W	.....
Kind 4	.....	..../..../....	☐ M ☐ W	.....
Kind 5	.....	..../..../....	☐ M ☐ W	.....

Sind Sie Mitglied eines Vertrages "AG Care Vision" oder "AG Care Vision Full"?*

☐ Ja: Vertrag Nr. 04/8 .....

☐ Nein

Andere Krankenversicherung(en)

Wenn Sie eine andere kollektive Krankenversicherung fortsetzen möchten, bitten wir Sie, uns nachstehend darüber zu informieren:

.....

.....

.....

AG – als Verantwortliche für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten - verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten zu den in den Allgemeinen Bedingungen genannten Zwecken, insbesondere im Hinblick auf die Ausführung Ihrer Krankenhausversicherung. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten entnehmen Sie den Allgemeinen Bedingungen und der Datenschutzrichtlinie unter www.aginsurance.be.

Wichtige Bemerkung: Das Mitglied bestätigt, dass die Daten hinsichtlich des Familienstandes, des Anschlusses während der letzten 2 Jahren und seiner vollständigen Adresse wahrheitsgetreu sind.

Ausgefertigt in ....., am ..../..../....

Unterschrift des Arbeitnehmers:

Dieser Antrag muss an folgende Adresse zurückgesendet werden:
hospi.retail@aginsurance.be
ODER
AG
Employee Benefits – Health Care 1JQ5B
Boulevard Emile Jacqmain 53
1000 Brüssel

* Unzutreffendes bitte streichen

AG Insurance (abgekürzt AG) AG - Bd E. Jacqmain 53, 1000 Brüssel - www.aginsurance.be - info@aginsurance.be - IBAN: BE13 2100 0007 6339 - BIC: GEBABEBB - RJP Brüssel
MwSt. BE 0404.494.849 - Belgische Versicherungsgesellschaft zugelassen unter Codenummer 0079, unter Aufsicht der Belgischen Nationalbank, Bd de Berlaimont 14, 1000 Brüssel