



## Demande d'une assurance hospitalisation individuelle

### À la fin de l'affiliation à une assurance maladie liée à l'activité professionnelle

Veillez nous renvoyer le formulaire complété et signé  
par e-mail à l'adresse [hospi.retail@aginsurance.be](mailto:hospi.retail@aginsurance.be).  
Si vous scannez le formulaire, assurez-vous que le contenu soit bien lisible.

**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 liée à l'activité professionnelle', au plus tard 30 jours après la perte du bénéfice de l'assurance maladie liée à l'activité professionnelle.

#### 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 liée à l'activité professionnelle: ..... / ..... / .....

#### Données relatives au membre du personnel

Nom et prénom: .....

Rue: ..... N°: ..... Bte: .....

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 208 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, vous avez le droit de continuer à titre individuel et sans nouvelles formalités médicales le contrat d'assurance Maladie liée à l'activité professionnelle<sup>(\*\*)</sup>

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 liée à l'activité professionnelle (Soins de Santé / Revenu Garanti) en date du ..... / ..... / .....

Afin de pouvoir continuer cette [ces] assurance[s] liée[s] à l'activité professionnelle[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 à l'adresse indiquée.

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

L'employeur communique ces informations conformément à l'article 208 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

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.



## 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.

Veuillez nous renvoyer le formulaire complété et signé par e-mail à l'adresse [hospi.retail@aginsurance.be](mailto:hospi.retail@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: .....

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

### 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 <sup>er</sup> enfant	.....	..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	.....
2 <sup>e</sup> enfant	.....	..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	.....
3 <sup>e</sup> enfant	.....	..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	.....
4 <sup>e</sup> enfant	.....	..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	.....
5 <sup>e</sup> 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 :

.....  
.....  
.....

AG traite en tant que responsable du traitement vos données à caractère personnel pour les finalités mentionnées dans les conditions générales, et en particulier en vue de l'exécution de votre assurance hospitalisation. Pour plus d'information concernant le traitement de vos données à caractère personnel, veuillez consulter les conditions générales et notre Notice Vie Privée sur [www.aginsurance.be](http://www.aginsurance.be).

**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 :  
[hospi.retail@aginsurance.be](mailto:hospi.retail@aginsurance.be)  
OU  
AG  
Employee Benefits – Health Care 1JQ5B  
Boulevard Emile Jacqmain 53  
1000 Bruxelles

\* Veuillez cocher la case adéquate.

