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,

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

(*) aankruisen wat past.

0079-8082531N-23042014