

## ■ 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 <sup>er</sup> enfant		___ / ___ / ___	M / F	
2 <sup>e</sup> enfant		___ / ___ / ___	M / F	
3 <sup>e</sup> enfant		___ / ___ / ___	M / F	
4 <sup>e</sup> enfant		___ / ___ / ___	M / F	
5 <sup>e</sup> 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><b>Veuillez envoyer votre demande à :</b></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.