



Assurance Collective (Health Care)

Continuation individuelle de l'assurance maladie
liée à l'activité professionnelle (CP127)

**Veillez nous renvoyer le formulaire complété et signé par e-mail à
l'adresse continuation@aginsurance.be.
Si vous scannez le formulaire, assurez-vous que le contenu soit bien
lisibile.**

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: **FONDS SOCIAL DE COMBUSTIBLES**

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 (*)

Groupen°: **KJ189-M369** S/Groupen°: 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(**)

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 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 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.

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 continuation@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: **FONDS SOCIAL DE COMBUSTIBLES**

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°: **KJ189-M369** 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)/..../..

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 ^{er} enfant/..../..	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
2 ^e enfant/..../..	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
3 ^e enfant/..../..	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

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 opposez 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.

Veuillez cocher la case adéquate.

Fait à, le/..../..... Signature du membre du personnel :