



Groepsverzekering (Health Care)

Individuele voortzetting beroepsgebonden ziekteverzekering (paritair comité 127)

Mail het formulier ingevuld en ondertekend naar continuation@aginsurance.be.
Als u het formulier inscant, zorg dan dat de inhoud goed leesbaar is.

Document in te vullen
door werkgever

Informatieverstrekking van werkgever aan werknemer

Belangrijke opmerking: de informatie opgenomen in dit document dient ten laatste 30 dagen na het verlies van het voordeel van de beroepsgebonden ziekteverzekering overgemaakt te worden aan het verzekerd personeelslid samen met het aanvraagdokument 'Aanvraag tot individuele voortzetting van de beroepsgebonden ziekteverzekering'.

Gegevens betreffende de werkgever

Naam van de werkgever: SOCIAAL FONDS VOOR DE HANDEL IN BRANDSTOFFEN

Datum waarop de werknemer op de hoogte gebracht wordt van het recht op individuele verderzetting van een beroepsgebonden polis: / /

Gegevens betreffende het verzekerd personeelslid

Naam & voornaam:

Straat: Nr.: Bus:

Postcode: Woonplaats:

Gegevens betreffende de plannen (*)

Nummer groep: KJ189 - M369 Nummer deelgroep: Contractnummer:

Informatie bestemd voor het personeelslid

U beschikt, onder de voorwaarden van artikel 208 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, over het recht om de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst (**)

gezondheidszorg gewaarborgd inkomen

individueel verder te zetten, zonder nieuwe medische formaliteiten. U moet gedurende de laatste 2 jaar ononderbroken verzekerd geweest zijn bij een private verzekeraar om dit recht te kunnen genieten.

Het recht op voortzetting geldt eveneens voor uw gezinsleden, voor zover zij aangesloten waren op het ogenblik van het verlies van de collectieve polis.

De aansluiting bij beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst (gezondheidszorg/gewaarborgd inkomen) werd beëindigd op / /

Indien u deze beroepsgebonden verzekering(en) op individuele basis wenst verder te zetten, dient u het bijgevoegde document volledig ingevuld over te maken aan AG Insurance op het opgegeven adres binnen de 30 dagen na ontvangst van huidige brief.

U heeft het recht deze termijn bijkomend met 30 dagen te verlengen op voorwaarde dat u AG Insurance hiervan schriftelijk of elektronisch op de hoogte brengt.

Deze informatie wordt verstrekt door de werkgever conform art 208 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen.

Gedaan te, op / /

Handtekening van de werkgever:

Handtekening van het personeelslid:

(*) Indien de werknemer aangesloten is bij verschillende verzekeringen, gelieve één van de nummers te vermelden, bij voorkeur van de hospitalisatieverzekering.

(**) Gelieve de verzekeringen aan te kruisen waarbij de werknemer is aangesloten.

Aanvraag tot individuele voortzetting van de beroepsgebonden ziekteverzekering (paritair comité 127)

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.

Mail het formulier ingevuld en ondertekend naar continuation@aginsurance.be.
Als u het formulier inscant, zorg dan dat de inhoud goed leesbaar is.

Document in te vullen
door werknemer

Gegevens betreffende uw werkgever bij wie u de beroepsgebonden verzekering genoot

Naam van de werkgever: SOCIAAL FONDS VOOR DE HANDEL IN BRANDSTOFFEN

Datum waarop uw werkgever u op de hoogte gebracht heeft over het verlies van de beroepsgebonden polis: / /

Identiteit personeelslid

Naam: Voornaam:

Geslacht*: M V Geboortedatum: / /

Straat: Nr.: Bus:

Postcode: Woonplaats:

Telefoonnummer: Fax:

E-mail (privé):

Hospitalisatieverzekering

Nummer groep: KJ189 - M369 Nummer deelgroep: Contractnummer:

Datum waarop uw aansluiting bij deze hospitalisatieverzekering begonnen is? / / Datum

waarop uw aansluiting bij deze hospitalisatieverzekering beëindigd werd? (meegedeeld door werkgever) / / Gelieve De

gegevens van de familieleden die aangesloten waren in de collectieve verzekering en deze individueel willen verderzetten:

Familie	Naam & Voornaam	Geboortedatum	Geslacht*	Postcode
Partner / /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Kind 1 / /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Kind 2 / /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Kind 3 / /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V

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.

Deze aanvraag dient teruggestuurd te worden naar: continuation@aginsurance.be
OF AG Insurance Employee Benefits - Health Care
1JQ5B Emile Jacqmainlaan, 53 1000 Brussel

Gedaan te op / / Handtekening van het personeelslid:

* *aankruisen wat past.*