

Bitte senden Sie uns das Original ordnungsgemäß ausgefüllt und unterzeichnet zurück und bewahren Sie eine Kopie für Ihre Akte auf.

Fehlende Informationen (wie z.B. die Nationalregisternummer) werden die Datenverarbeitung verspäten.

■ **Angaben über die Versicherungspläne (\*)** :  Leben  Tod  Invalidität  Krankenversicherung

Gruppe Nr.  Untergruppe Nr.  Wird von AG Insurance ausgefüllt - Mitgliedschaftsnr.

■ **Angaben über den Arbeitgeber:**

Name und Unternehmensnummer des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

■ **Angaben über das zu versichernde Personalmitglied (\*\*)** :

Name und Vorname des Personalmitglieds: \_\_\_\_\_ Namensregister-Nr.: \_\_\_\_\_  
 Nationalregister-Nr. : \_\_\_\_\_ Geburtsdatum : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Geschlecht :  w.  m.  
 Anschrift: Straße \_\_\_\_\_ Nr. : \_\_\_\_ Bfk.: \_\_\_\_\_ Sprache :  NL  FR  EN  DE  
 Postleitzahl : \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
 Berufliche E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_  
 Zivilstand :  verheiratet/gesetzlich zusammen wohnend<sup>1</sup>  allein stehend<sup>2</sup>  verwitwet  zusammen wohnend  
 1 inkl. „getrennt lebend“ und „getrennt von Tisch und Bett“. 2 inkl. „geschieden“ Heiratsdatum : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Name und Vorname des Ehe- oder Lebenspartners: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Name und Vorname der Kinder:  
 1. Kind \_\_\_\_\_ Geburtsdatum : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 

Kindergeld	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

  
 2. Kind \_\_\_\_\_ Geburtsdatum : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-------------------------------

  
 3. Kind \_\_\_\_\_ Geburtsdatum : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-------------------------------

  
 4. Kind \_\_\_\_\_ Geburtsdatum : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-------------------------------

  
 Ist der Krankenversicherungsplan auf die Familienmitglieder auszudehnen ? 

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-------------------------------

**Begünstigte im Todesfall** : Die Begünstigten im Todesfall sind in der Versicherungsordnung angegeben. Wenn Sie andere als in der Versicherungsordnung vorgesehene Begünstigte bezeichnen wollen, soll das Dokument „Bezeichnung/Wechsel des/der Begünstigten“ benutzt werden.

**Vom Arbeitgeber auszufüllen (\*\*)** : Zeitpunkt der Aufnahme in die Pläne für den Erlebens- und/oder den Todesfall: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Datum des Dienstantritts: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Vertragstyp:  befristet Anfangsdatum : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  unbefristet Anfangsdatum : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Soziales Statut:  Selbstständige(r)  Lohnempfänger  
 Personalkategorie:  Direktion  Führungskraft  Angestellte(r)  Arbeiter  Selbstständige(r)  Andere: \_\_\_\_\_  
 Versicherungskombination: (bei gemischten Versicherungen) :  gemäß den Bestimmungen der Verwaltungsordnung  andere Wahl 10/.....  
 Vollzeitgehalt (brutto):  Monatlich  Jährlich Betrag: \_\_\_\_\_ EUR (Siehe Versicherungsordnung oder besondere Bedingungen)  
 Teilzeitarbeit:  Ja  Nein Wenn Ja, Teilzeitprozentsatz: \_\_\_\_%.  
 Grund der Untätigkeit:  Laufbahnunterbrechung  Arbeitsunfähigkeit  Arbeitslosigkeit mit Betriebszuschlag

Der Unterzeichner ermächtigt seine behandelnden Ärzte, im Todesfall dem medizinischen Berater von AG Insurance eine Erklärung über seine Todesursache abzugeben. Er erklärt, vom vorliegenden Dokument eine Kopie aufbewahrt zu haben und von den Bedingungen der Gruppenversicherung Kenntnis genommen zu haben, und diese zu akzeptieren.

Die Sammlung und Verwendung der personenbezogenen Daten erfolgt gemäß den Bestimmungen des belgischen Gesetzes über den Schutz der Privatsphäre.

Als Verantwortliche für die Verarbeitung kann AG Insurance die erhaltenen personenbezogenen Daten zur Verwaltung ihrer Versicherungsprodukte und -dienste verwenden, einschließlich deren Förderung, der Kundenverwaltung und der Erstellung von Statistiken. Sie behält sich das Recht vor, diese Daten weiterzuleiten an Dritte, wenn dazu eine gesetzliche oder vertragliche Verpflichtung oder ein berechtigtes Interesse besteht. Sie haben das Recht, Ihre Daten einzusehen und ggf. verbessern zu lassen. Wenn Sie nicht wünschen, dass Ihre Daten zu Direkt-Marketingzwecken verarbeitet werden, können Sie dies ausdrücklich und kostenlos ablehnen, indem Sie dieses Kästchen ankreuzen:

Das Dokument „Krankenversicherungsplan: zusätzliche Informationen“ wurde ausgefüllt und direkt an AG Insurance, zu Hd. des medizinischen Beraters, zurückgesandt.

**Sehr wichtig: der Arbeitgeber bestätigt die Korrektheit der Angaben über den Zivilstand und die vollständige Anschrift des Personalmitglieds.**

Ausgestellt in \_\_\_\_\_, am \_\_\_\_\_

Unterschrift des Arbeitgebers,

Unterschrift des Personalmitglieds,

(\*) Geben Sie bitte die Pläne an, für die die Mitgliedschaft beantragt wird. (\*\*) Die zutreffenden Kästchen bitte ankreuzen.