

■ Demande d'affiliation

Veillez nous renvoyer l'original dûment complété et signé, et en garder une copie.

Toute information manquante (telle que le n° de registre national) retardera le traitement des données.

■ Données relatives aux plans (*) : vie décès invalidité soins de santé

Groupe n°

S/Groupe n°

Réservé à AG Insurance - N° d'affiliation

■ Données relatives à l'employeur :

Nom et numéro d'entreprise de l'employeur : _____

■ Données relatives au membre du personnel à affilier (**):

Nom et prénom du membre du personnel : _____		N° matricule : _____	
N° Registre national : _____		Date de naissance : ____ / ____ / ____	
Sexe : <input type="checkbox"/> FEM. <input type="checkbox"/> MASC.			
Adresse : Rue : _____		N° : ____ B.P. : ____	
Langue : <input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> FR <input type="checkbox"/> EN <input type="checkbox"/> DE			
Code postal : _____		Localité : _____	
Adresse e-mail professionnelle : _____			
Situation familiale : <input type="checkbox"/> marié(e)/cohabitant(e) légal(e) ¹ <input type="checkbox"/> isolé(e) ² <input type="checkbox"/> veu(ve) <input type="checkbox"/> cohabitant(e)			
Date de mariage : ____ / ____ / ____			
Nom et prénom du conjoint ou cohabitant : _____		Date de naissance : ____ / ____ / ____	
Nom et prénom des enfants :		Allocations Familiales	
1er enfant _____	Date de naissance : ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
2e enfant _____	Date de naissance : ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
3e enfant _____	Date de naissance : ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
4e enfant _____	Date de naissance : ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Les membres de la famille doivent-ils être assurés au plan Soins de Santé ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Bénéficiaires en cas de décès : Les bénéficiaires en cas de décès sont désignés dans le règlement de votre assurance de groupe. Si vous souhaitez désigner d'autres bénéficiaires que ceux prévus par le règlement, il est recommandé d'utiliser le document "Désignation/Modification de bénéficiaire(s)" prévu à cet effet.

A compléter par l'employeur ():** Date d'affiliation aux plans vie et/ou décès : ____ / ____ / ____ Date d'entrée en service : ____ / ____ / ____

Type de contrat : durée déterminée Date début : ____ / ____ / ____ durée indéterminée Date début : ____ / ____ / ____

Statut social : Salarié Indépendant

Catégorie de personnel : direction cadre employé ouvrier indépendant autre : _____

Combinaison d'assurance (si assurances mixtes) : Selon dispositions du règlement Autre choix : 10/ _____

Rémunération brute à temps plein : Mensuelle Annuelle Montant : _____ EUR (voir règlement ou conditions particulières du plan).

Temps partiel : Oui Non Si oui, % du temps partiel : ____ %.

Raison de l'inactivité : Interruption de carrière Incapacité de travail Chômage avec complément d'entreprise

En cas de décès, le soussigné autorise ses médecins traitants à transmettre au médecin conseil de AG Insurance un certificat établissant la cause de son décès.

Il déclare avoir gardé copie de la présente, avoir pris connaissance des termes de l'assurance de groupe et être d'accord avec ceux-ci.

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 :

Le document "Plan soins de santé : renseignements complémentaires" a été complété et renvoyé séparément à AG Insurance, à l'attention du médecin-conseil.

Très important: l'employeur certifie l'exactitude des mentions relatives à la situation familiale et à l'adresse complète du membre du personnel.

Fait à _____, le _____

Signature de l'employeur,

Signature du membre du personnel,

(*) Veuillez indiquer les plans pour lesquels l'affiliation est demandée. (**) Veuillez cocher les cases appropriées.

1 Inclus "séparé(e) de fait" et "séparé(e) judiciairement de corps et de biens" . 2 Inclus "divorcé(e)"