

Aanvraag tot aansluiting

Gelieve ons het originele exemplaar volledig ingevuld en ondertekend terug te sturen, en zelf een kopie te bewaren. Ontbrekende informatie (bv. het Rijksregisternr.) zal de verwerking van de gegevens vertragen.

Gegevens betreffende de plannen (*): leven overlijden invaliditeit gezondheidszorg

Groep nr.

Deelgroep nr.

Voorbehouden aan AG Insurance - Aansluitingsnr.

Gegevens betreffende de werkgever :

Naam en ondernemingsnummer van de werkgever : _____

Gegevens betreffende het aan te sluiten personeelslid (**):

Naam en voornaam van het personeelslid : _____		Stamnr. : _____	
Nr. Rijkregister : _____		Geboortedatum : ____ / ____ / ____	
Adres : Straat _____		Nr. : _____	
Postcode : _____		Gemeente : _____	
Professioneel e-mailadres: _____			
Familiale toestand: <input type="checkbox"/> gehuwd/wettelijk samenwonend ¹ <input type="checkbox"/> alleenstaande ² <input type="checkbox"/> weduwnaar/weduwe <input type="checkbox"/> samenwonend			
Huwelijksdatum: ____ / ____ / ____			
Naam en voornaam van de echtgeno(o)t(e) of samenwonende : _____		Geboortedatum : ____ / ____ / ____	
Naam en voornaam van de kinderen :			
1ste kind _____	Geboortedatum : ____ / ____ / ____	Kinderbijslag	
2de kind _____	Geboortedatum : ____ / ____ / ____	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
3de kind _____	Geboortedatum : ____ / ____ / ____	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
4de kind _____	Geboortedatum : ____ / ____ / ____	Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>
Moeten de gezinsleden aangesloten worden bij het plan Gezondheidszorg ?		Ja <input type="checkbox"/>	Neen <input type="checkbox"/>

Begunstigden bij overlijden : De begunstigden bij overlijden zijn aangeduid in het reglement van uw groepsverzekering. In het geval u andere begunstigden dan deze voorzien in het reglement wenst aan te duiden, is het aangewezen het voorziene document "Aanduiding/Aanpassing van de begunstigde(n)" te gebruiken.

In te vullen door de werkgever (**): Datum van aansluiting voor de plannen leven en/of overlijden : ____ / ____ / ____		Datum van indiensttreding : ____ / ____ / ____	
Type contract : <input type="checkbox"/> bepaalde duur	Begindatum : ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> onbepaalde duur	Begindatum : ____ / ____ / ____
Sociaal statuut : <input type="checkbox"/> Loontrekkende	<input type="checkbox"/> Zelfstandige		
Personele categorie : <input type="checkbox"/> directie	<input type="checkbox"/> kader	<input type="checkbox"/> bediende	<input type="checkbox"/> arbeider
<input type="checkbox"/> zelfstandige		<input type="checkbox"/> andere : _____	
Verzekeringscombinatie (indien gemengde verzekeringen) : <input type="checkbox"/> Volgens het reglement <input type="checkbox"/> Andere : 10/			
Voltijds brutosalairis : <input type="checkbox"/> maandelijks <input type="checkbox"/> jaarlijks Bedrag _____ EUR (zie reglement of de bijzondere voorwaarden).			
Deeltijdse arbeid : <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Ja % van de deeltijdse arbeid : ____ %.			
Reden van inactiviteit: <input type="checkbox"/> Loopbaanonderbreking <input type="checkbox"/> Arbeidsongeschiktheid <input type="checkbox"/> Werkloosheid met bedrijfstoeslag			

In geval van overlijden geeft ondergetekende toestemming aan zijn behandelende artsen om aan de adviserende arts van AG Insurance een verklaring af te geven over zijn/haar doodsoorzaak.

Ondergetekende verklaart kopie van dit document te bewaren en kennis genomen te hebben van de bepalingen van de groepsverzekeringen en hiermee akkoord te gaan.

De inzameling van persoonsgegevens en het gebruik ervan gebeuren conform de bepalingen van de Belgische privacy-wetgeving.

AG Insurance, verantwoordelijke voor de verwerking, kan de verkregen persoonsgegevens verwerken met het oog op het beheer van haar verzekeringsproducten en -diensten, met inbegrip van de promotie ervan, het beheer van het cliëntenbestand, het opmaken van statistieken. Zij 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 heeft 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 :

Het document "Plan gezondheidszorg : bijkomende inlichtingen" wordt ingevuld en rechtstreeks teruggestuurd naar AG Insurance ter attentie van de adviserende geneesheer.

Zeer belangrijk: de werkgever bevestigt de juistheid van de gegevens betreffende de familiale toestand en het volledige adres van het personeelslid.

Gedaan te _____, op _____

Handtekening van de werkgever,

Handtekening van het personeelslid,

(* Gelieve de plannen aan te duiden waarvoor een aansluiting gevraagd wordt. (**) De passende vakjes aankruisen.

1 inbegrepen "feitelijk gescheiden" en gescheiden van tafel en bed". 2 inbegrepen "uit de echt gescheiden"