

Individuelle Fortsetzung der kollektiven Krankenversicherung

Von dem Arbeitgeber auszufüllen

Mitteilung des Arbeitgebers an den Arbeitnehmer.

Wichtige Bemerkung: die folgenden Informationen, sowie das Antragsdokument „Antrag auf die individuelle Fortsetzung der kollektiven Krankenversicherung“, müssen spätestens 30 Tage nach dem Verlust des Anspruchs auf die kollektive Krankenversicherung an den versicherten Arbeitnehmer mitgeteilt werden.

Angaben hinsichtlich des Arbeitgebers

Name des Arbeitgebers: _____

Datum der Mitteilung an den Arbeitnehmer, dass er das Recht darauf hat, die kollektive Versicherung auf individueller Basis fortzusetzen: _____ / _____ / _____

Angaben hinsichtlich des versicherten Arbeitnehmers

Name und Vorname: _____

Straße: _____ Nr : _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Angaben hinsichtlich der Pläne (*)

Gruppennummer:

Sub-Gruppennummer :

Vertragsnummer:

Für den Arbeitnehmer bestimmte Informationen

Sie haben das Recht, gemäß den Bestimmungen des Art. 208 des Gesetzes vom 4 /4/2014 über die Versicherungen, Ihren kollektiven Krankenversicherungsvertrag (**)

- Krankenversicherung
- Garantiertes Einkommen

auf individueller Basis fortzusetzen, u.z. ohne neue ärztliche Formalitäten. Damit Sie von diesem Recht genießen können, müssen Sie während der letzten 2 Jahren ununterbrochen bei einem Privatversicherer versichert gewesen sein.

Das Recht auf die Fortsetzung gilt auch für Ihre Familienmitglieder, soweit sie bei dem Ausfall der kollektiven Versicherung angeschlossen waren.

Die Angliederung an die kollektive Krankenversicherung (Krankenversicherung/Garantiertes Einkommen) ist am _____ / _____ / _____ abgelaufen.

Wenn Sie diese kollektive(n) Versicherung(en) auf individueller Basis fortsetzen möchten, bitten wir Sie, uns das beigefügte Dokument ausgefüllt an die angegebene Adresse zurückzusenden, u.z. **innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt dieses Schreibens.**

Sie sind berechtigt, diese Frist um 30 Tage verlängern, soweit Sie AG Insurance davon auf schriftlichem oder elektronischem Wege informieren Diese Informationen werden Ihnen gemäß Art. 208 des Gesetzes vom 4/4/2014 über die Versicherungen von Ihrem Arbeitgeber mitgeteilt.

Ausgefertigt in _____, am _____ / _____ / _____

Unterschrift des Arbeitgebers,

Unterschrift des Arbeitnehmers,

(*) wenn der Arbeitnehmer Mitglied mehrerer Versicherungen ist, bitten wir, eine Vertragsnummer anzugeben (am besten die Vertragsnummer der Krankenhausversicherung)
 (**) Wir bitten Sie, die Versicherungen anzugeben, den der Arbeitnehmer angeschlossen ist.

0079-80706032D-30092016

Antrag auf die individuelle Fortsetzung der kollektiven Krankenversicherung

Von dem Arbeitnehmer auszufüllen

Angaben hinsichtlich des Arbeitgebers, der die kollektive Versicherung abgeschlossen hat

Name des Arbeitgebers: _____

Datum, an dem er Ihnen mitgeteilt hat, dass die Deckung der kollektiven Versicherung abgelaufen ist: ____ / ____ / _____

Identität des Arbeitnehmers

Name: Geburtsdatum: / /

Vorname: Geschlecht*: M / W

Straße: nr: bfk.:

PLZ: Ort:

Tel: / Fax : /

E-mail (privat) :

Krankenhausversicherung

Gruppennummer: Sub-Gruppennummer: Vertragsnummer :

Anfangsdatum der Mitgliedschaft in der Krankenhauskostenversicherung? / /

Enddatum der Mitgliedschaft in der Krankenhauskostenversicherung? / / (mitgeteilt durch den Arbeitgeber)

Wir bitten Sie, Ihre Krankenhausversicherungen (privat oder via Ihren Arbeitgeber) von den letzten 2 Jahren anzugeben::

	Beginn	Ende	Verzicherer	Arbeitgeber (ggf.)
1	___/___/___	___/___/___		
2	___/___/___	___/___/___		
3	___/___/___	___/___/___		

Wir bitten Sie, die Angaben hinsichtlich Ihrer Familienmitglieder anzugeben, die der kollektiven Versicherung angeschlossen waren, und die diese Versicherung auf einer individuellen Basis fortsetzen möchten:

Familie	Name & Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht*	PLZ
Partner		___/___/___	M / V	
Kind 1		___/___/___	M / V	
Kind 2		___/___/___	M / V	
Kind 3		___/___/___	M / V	
Kind 4		___/___/___	M / V	
Kind 5		___/___/___	M / V	

Sind Sie Mitglied eines Vertrages "AG Care Vision" oder "AG Care Vision Full"?* Ja: Vertrag Nr. 04/8 Nein

Andere Krankenversicherung(en)

Wenn Sie eine andere kollektive Krankenversicherung fortsetzen möchten, bitten wir Sie, uns nachstehend darüber zu informieren:

Die Registrierung und die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgen gemäß den Bestimmungen des belgischen Gesetzes über den Schutz des Privatlebens. AG Insurance, die für die Verarbeitung dieser Daten verantwortlich ist, darf diese Daten verarbeiten im Hinblick auf die Verwaltung und die Förderung ihrer Versicherungsprodukte und -Dienstleistungen, die Verwaltung der aus den Versicherungsverträgen resultierenden Beziehungen und die Erstellung von Statistiken. AG Insurance behält sich das Recht vor, diese Daten an Dritte mitzuteilen, im Falle einer gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtung, oder wenn ein gesetzliches Interesse vorliegt. Sie haben das Recht, diese Daten einzusehen und ggf. verbessern zu lassen. Sie sind berechtigt, kostenlos Einspruch gegen die Verarbeitung Ihrer Daten zu „Direct Marketing“-Zwecken zu erheben. Kreuzen Sie in diesem Fall dieses Kästchen an

Wichtige Bemerkung: Das Mitglied bestätigt, dass die Daten hinsichtlich des Familienstandes, des Anschlusses während der letzten 2 Jahren und seiner vollständigen Adresse wahrheitsgetreu sind.

Ausgefertigt in _____, am ____ / ____ / _____

Unterschrift des Arbeitnehmers,

(*)Unzutreffendes bitte streichen

Dieser Antrag muss an folgende Adresse zurückgesendet werden:	AG Insurance Employee Benefits – Health Care 1JQ5B Boulevard Emile Jacqmain 53 1000 Brüssel continuation@aginsurance.be FAX: 02/664 79 66
--	--