

■ Continuation individuelle de l'assurance maladie liée à l'activité professionnelle

Document à compléter par l'employeur

Communication d'informations de l'employeur au travailleur.

Remarque importante: les renseignements ci-dessous doivent être communiqués au membre du personnel assuré, en joignant le présent document au document 'Demande de continuation de l'assurance maladie liée à l'activité professionnelle', au plus tard 30 jours après la perte du bénéfice de l'assurance maladie liée à l'activité professionnelle.

■ Données relatives à l'employeur

Nom de l'employeur : _____

Date à laquelle le travailleur a été informé de son droit à la continuation à titre individuel d'une police liée à l'activité professionnelle :

____ / ____ / _____

■ Données relatives au membre du personnel

Nom et prénom : _____

Rue : _____ N° : _____

Code Postal : _____ Localité : _____

■ Données relatives aux plans (*)

Groupe n°: S/Groupe n°: N° de contrat :

■ Information destinée au membre du personnel

Conformément à l'article 208 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, vous avez le droit de continuer à titre individuel et sans nouvelles formalités médicales le contrat d'assurance Maladie liée à l'activité professionnelle (**)

 Soins de santé Revenu Garanti

Pour pouvoir bénéficier de ce droit, vous devez avoir été assuré de façon ininterrompue durant les deux dernières années auprès d'un assureur privé.

Ce droit de continuation est également applicable aux membres de votre famille qui étaient affiliés au moment de la perte de l'assurance collective soins de santé.

Il a été mis un terme à l'affiliation à l'assurance Maladie liée à l'activité professionnelle (Soins de Santé / Revenu Garanti) en date du

____ / ____ / _____

Afin de pouvoir continuer cette (ces) assurance(s) liée(s) à l'activité professionnelle(s) à titre individuel, il est nécessaire de transmettre, **dans les 30 jours suivant la réception de la présente**, le document ci-joint dûment complété à AG Insurance à l'adresse indiquée.

Vous avez le droit de prolonger ce délai de 30 jours à condition que vous en informiez AG Insurance par écrit ou par voie électronique.

L'employeur communique ces informations conformément à l'article 208 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

Fait à _____, le ____ / ____ / _____

Signature de l'employeur,

Signature du membre du personnel,

(*) Si le travailleur était affilié à plusieurs assurances, prière d'indiquer un des numéros de contrat, de préférence celui de l'assurance Hospitalisation.
(**) Veuillez indiquer les assurances auxquelles le travailleur était affilié.

■ Demande de continuation individuelle de l'assurance maladie liée à l'activité professionnelle

Ce document vous permet de demander une offre pour une assurance individuelle. Cette demande ne vous oblige pas à conclure un contrat.

Document à compléter par le membre du personnel

■ Données relatives à l'employeur auprès duquel vous bénéficiez de votre assurance relative à l'activité professionnelle

Nom de l'employeur : _____

Date à laquelle l'employeur vous a informé de la perte de la police relative à l'activité professionnelle : _____

■ Identification de l'affilié

Nom : _____ Date de naissance : ____/____/____
 Prénom : _____ Sexe* : M / F
 Rue : _____ n° : _____ BP : _____
 CP : _____ Localité : _____
 N° téléphone : ____ / ____ / ____ Fax : ____ / ____ / ____
 E-mail (privé) : _____

■ Assurance Hospitalisation

Groupe n° : _____ S/Groupe n° : _____ N° de contrat : _____

Date de début de l'affiliation à l'assurance hospitalisation? ____/____/____

Date de fin de l'affiliation à l'assurance hospitalisation? ____/____/____ (date communiquée par votre employeur)

Pouvez-vous nous communiquer un aperçu de vos assurances Hospitalisation au cours des deux dernières années (tant au niveau privé que via votre employeur) ? :

| | Début | Fin | Assureur | Employeur (le cas échéant) |
|---|----------------|----------------|----------|----------------------------|
| 1 | ____/____/____ | ____/____/____ | | |
| 2 | ____/____/____ | ____/____/____ | | |
| 3 | ____/____/____ | ____/____/____ | | |

Données des membres de votre famille affiliés à l'assurance maladie relative à l'activité professionnelle et qui souhaitent une continuation à titre individuel :

| Famille | Nom et prénom | Date de naissance | Sexe (*) | Code postal |
|------------------------|---------------|-------------------|----------|-------------|
| conjoint | | ____/____/____ | M / F | |
| 1 ^{er} enfant | | ____/____/____ | M / F | |
| 2 ^e enfant | | ____/____/____ | M / F | |
| 3 ^e enfant | | ____/____/____ | M / F | |
| 4 ^e enfant | | ____/____/____ | M / F | |
| 5 ^e enfant | | ____/____/____ | M / F | |

Êtes-vous affilié à AG Care Vision ou AG Care Vision Full ?* Oui: N° de contrat 04/8 _____
 Non

■ Autres assurances maladie

Si vous souhaitez continuer une autre assurance maladie, veuillez la mentionner ci-après : _____

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 :

Très important: l'affilié certifie l'exactitude des mentions relatives à la situation familiale, à l'affiliation durant les deux dernières années et à son adresse complète.

Fait à _____, le ____/____/____

Signature du membre du personnel,

(*) Veuillez cocher la case adéquate.

**Veuillez
envoyer votre
demande à :**

AG Insurance
Employee Benefits – Health Care 1JQ5B
Boulevard Emile Jacqmain 53
1000 Bruxelles
continuation@aginsurance.be
FAX : 02/664 79 66