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	Verzichrer	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.employeebenefits@aginsurance.be FAX: 02/664 79 66

0079-8082531D-22042014