

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

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

Groupe n° <input type="text"/>	S/Groupe n° <input type="text"/>	Réservé à AG Insurance - N° d'affiliation <input type="text"/>
-----------------------------------	-------------------------------------	---

■ Données relatives à l'employeur :

Nom de l'employeur : _____

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

Nom et prénom du membre du personnel : _____		N° matricule : _____	
N° de carte SIS/Registre national : _____		Date de naissance : ____ / ____ / ____	
		Sexe : <input type="checkbox"/> FEM. <input type="checkbox"/> MASC.	
Adresse : Rue : _____		N° : ____ B.P. : ____	
Code postal : _____		Localité : _____	
		Statut Social : <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Indépendant	
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 : <input type="checkbox"/> durée déterminée	Date début : ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> durée indéterminée	Date début : ____ / ____ / ____
Catégorie de personnel : <input type="checkbox"/> direction <input type="checkbox"/> cadre <input type="checkbox"/> employé <input type="checkbox"/> ouvrier <input type="checkbox"/> indépendant <input type="checkbox"/> autre : _____			
Combinaison d'assurance (si assurances mixtes) : <input type="checkbox"/> Selon dispositions du règlement <input type="checkbox"/> Autre choix : 10/ ____			
Rémunération : <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Annuelle Montant : _____ EUR (voir règlement ou conditions particulières du plan).			
Temps partiel : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, % du temps partiel : ____ %. La rémunération mentionnée correspond-elle au temps partiel? : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Période d'essai : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, date fin : ____ / ____ / ____			

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