

Bijkomende inlichtingen collectieve hospitalisatieverzekering

Groepsverzekering (Health Care)

VERTROUWELIJK



Deze vragenlijst is persoonlijk en vertrouwelijk.

- Vul daarom altijd zelf het formulier in en onderteken het ook.
- Bezorg het ingevulde formulier per post of via mail aan de medische dienst van AG.

Voor uw comfort mag u de gegevens van de aan te sluiten gezinsleden op hetzelfde formulier invullen. Elk gezinslid mag uiteraard ook een afzonderlijk formulier gebruiken.

De aanvaarding van uw aansluitingsaanvraag gebeurt op basis van deze vragenlijst. Vul dit formulier bij voorkeur digitaal in. Dit versnelt de verwerking van uw aanvraag. Gebruikt u liever de papieren versie? Vul het formulier dan in hoofdletters in, voor een betere leesbaarheid.

1) Persoonlijke gegevens

Werkgever

Naam werkgever: Groepsnummer:

Gegevens personeelslid [titularis]

Naam: Voornaam:

Geslacht: M V Geboortedatum: / /

Straat: Nr.: Bus:

Postcode: Gemeente:

E-mailadres:

Telefoonnummer:

Datum indiensttreding: / /

2) Samenstelling van het gezin

[als de aansluiting aan de verzekering gewenst is]

Naam partner: Voornaam partner:

Geslacht: M V Geboortedatum: / /

Huwelijksdatum of datum van samenwonen met domiciliëring op hetzelfde adres: / /

Kinderen:

	Naam en voornaam	Geslacht	Geboortedatum	Kinderbijslag
1 ^e kind:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V / /	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
2 ^e kind:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V / /	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
3 ^e kind:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V / /	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
4 ^e kind:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V / /	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
5 ^e kind:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V / /	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

3) Medische vragenlijst

Zijn alle aan te sluiten personen in goede gezondheid? Ja Nee

Indien niet:

Naam van de aan te sluiten persoon	Aard van de ziekten of letsels	Datum van de eerste verschijnselen	Voorgeschreven behandeling
	 / /	
	 / /	
	 / /	

Heeft iemand van de aan te sluiten personen in de laatste 5 jaar een ongeval met letsels gehad of een specialist geraadpleegd?

Ja Nee

Zo ja:

Naam van de aan te sluiten persoon	Aard van de ziekten of letsels	Datum van het ongeval of raadpleging	Gevolgde of te volgen behandeling en de duur ervan
	 / /	
	 / /	
	 / /	

Werd iemand van de aan te sluiten personen in de laatste 10 jaar gehospitaliseerd? Ja Nee

Zo ja:

Naam van de aan te sluiten persoon	Aard van de ziekten of letsels	Datum en duur van de hospitalisatie	Eventuele invaliditeitsgraad
	 / /	
	 / /	
	 / /	

Wordt er binnen het gezin een geboorte verwacht? Ja Nee

Zo ja, wanneer? / /

Wat is de lengte, het gewicht en de bloeddruk van de aan te sluiten personen?

Lengte [cm]

Gewicht [kg]

Bloeddruk [bovendruk/onderdruk]

Personeelslid:

Partner:

1^e kind:

2^e kind:

3^e kind:

4^e kind:

5^e kind:

4) Belangrijk

Ik, ondergetekende, stem uitdrukkelijk in met de verwerking van de persoonsgegevens inzake mijn gezondheid door AG en door mijn gemachtigden in het kader van de beschrijving van het risico en/of de behandeling van het schadegeval, met inbegrip van de opmaak van statistieken. AG is de verantwoordelijke voor de verwerking van die gegevens en verbindt er zich in dit kader toe de verplichtingen voortvloeiend uit de toepasselijke privacywetgeving na te leven.

Ik werd geïnformeerd over mijn recht om op elk ogenblik mijn toestemming met de verwerking van de persoonsgegevens inzake mijn gezondheid in te trekken. Ik erken dat AG in dat geval de contractuele relatie niet kan uitvoeren.

Ik, ondergetekende, verklaar:

- + Zelf een kopie van dit formulier te bewaren;
- + Kennis genomen te hebben van de algemene voorwaarden van de collectieve hospitalisatieverzekering ;
- + Kennis genomen te hebben van de informatie op de laatste pagina van dit formulier.

Gedaan te op / /

Handtekening van het personeelslid:

Handtekening van de verzekerde [meerderjarige] personen:

Wat moet u met dit formulier doen?

Stuur het ingevulde formulier naar:

- + AG
Medische dienst Health Care – 1JQ5B
E. Jacquainlaan 53, 1000 Brussel
OF
- + hc-underwriting@aginsurance.be

Hebt u vragen?

We staan voor u klaar mocht u een vraag hebben.

Bel of mail naar:

- + 02 664 12 05 [8u – 16u45]
- + hc-underwriting@aginsurance.be

Informatie met betrekking tot de bescherming van de persoonlijke levenssfeer

AG en de werkgever hechten een bijzonder belang aan de bescherming van persoonsgegevens en verwerken deze zorgvuldig conform de bepalingen van de toepasselijke privacywetgeving, de privacyverklaring van AG [beschikbaar op www.aginsurance.be] en/of het toepasselijke privacybeleid van de werkgever.

Verwerkingsdoeleinden

De werkgever heeft aan zijn medewerkers een beroepsgebonden ziekteverzekering toegekend. Hiertoe heeft de werkgever een verzekering afgesloten met AG en heeft hij met het oog op de uitvoering ervan persoonsgegevens meegedeeld aan AG. Zowel de werkgever als AG zijn verantwoordelijke voor de verwerking.

De verkregen persoonsgegevens kunnen door AG en/of de werkgever worden verwerkt voor de volgende doeleinden:

- het beheer van de beroepsgebonden ziekteverzekering op basis van de uitvoering van het contract;
- het voldoen aan wettelijke en reglementaire verplichtingen zoals fiscale verplichtingen of het voorkomen van het witwassen van geld en dit op grond van een wettelijke bepaling;
- het beheer van het personenbestand voor de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst;
- de opmaak van statistieken, de detectie en preventie van misbruiken en fraude, het samenstellen van bewijzen, de beveiliging van goederen, personen, informaticanetwerken en –systemen van AG, de optimalisatie van de processen (bijvoorbeeld inzake de evaluatie en acceptatie van een risico), en dit op grond van het gerechtvaardigd belang van AG;
- de adviesverlening bijvoorbeeld over de opties bij pensionering op grond van het gerechtvaardigd belang van AG, tenzij de betrokkene zich hiertegen verzet;
- prospectie op grond van het gerechtvaardigd belang van AG, tenzij de betrokkene zich hiertegen verzet.

Voor het vervullen van deze doeleinden kan AG ook persoonsgegevens ontvangen van de betrokkene zelf of van derden.

In voorkomend geval kunnen deze verwerkingsdoeleinden gebaseerd zijn op de toestemming van de betrokkene.

Categorieën van verwerkte persoonsgegevens en mogelijke ontvangers

Volgende categorieën van persoonsgegevens kunnen worden verwerkt door AG: identificatie- en contactgegevens, financiële gegevens, persoonlijke kenmerken, gegevens betreffende de gezondheid, beroep en betrekking, leefgewoonten, samenstelling van het gezin, risicosituaties en risicogedragingen, gerechtelijke gegevens.

Deze persoonsgegevens kunnen, indien dit noodzakelijk is voor de voornoemde doeleinden en in overeenstemming met de privacywetgeving, door AG worden meegedeeld aan andere tussenkomende verzekeringsmaatschappijen, hun vertegenwoordigers in België, hun contactpunten in het buitenland, de betrokken herverzekeringsmaatschappijen, een expert, een advocaat, een technisch adviseur, een verzekeringstussenpersoon of een verwerker. Bovendien kunnen de gegevens worden meegedeeld aan om het even welke persoon of instantie in het kader van een wettelijke verplichting of een administratieve of rechterlijke beslissing of indien er een gerechtvaardigd belang bestaat.

Het is mogelijk dat AG de persoonsgegevens buiten de Europese Economische Ruimte (EER) overdraagt, naar een land dat, desgevallend, niet een passend beschermingsniveau voor persoonsgegevens kan garanderen. In deze gevallen beschermt AG echter de gegevens door de IT-beveiliging te vergroten en door contractueel een verhoogd beveiligingsniveau te eisen van zijn internationale tegenpartijen.

Gegevens betreffende de gezondheid

Wanneer in het kader van de beschrijving van het risico of de behandeling van een schadegeval de betrokkene gegevens betreffende zijn/haar gezondheid toevertrouwt aan AG, waakt AG er over dat deze gezondheidsgegevens voor de bepaalde doeleinden worden verwerkt met uitdrukkelijke toestemming van de betrokkene. Op elk ogenblik kan betrokkene zijn/haar toestemming voor de verwerking van persoonsgegevens inzake zijn/haar gezondheid intrekken. In dat geval erkent hij/zij dat AG geen gevolg kan geven aan zijn/haar aanvraag tot tussenkomst en/of de contractuele relatie niet kan uitvoeren.

Rechten van de betrokkene

Binnen de grenzen van de wet:

- heeft de betrokkene het recht om kennis te nemen van zijn/haar gegevens, om ze, in voorkomend geval, te laten corrigeren of om ze te laten overdragen aan derden;
- heeft de betrokkene het recht zich te verzetten tegen de verwerking van zijn/haar gegevens, het recht om de verwerking van zijn/haar gegevens te laten beperken, alsook het recht om zijn/haar gegevens te laten verwijderen. In die gevallen is het mogelijk dat AG de contractuele relatie niet kan uitvoeren.

Hiertoe kan de betrokkene een gedateerde en ondertekende aanvraag richten aan de Data Protection Officer ("DPO") van AG, samen met een tweezijdige kopie van zijn/haar identiteitskaart, of zich wenden tot zijn werkgever via de gebruikelijke kanalen van de werkgever.

De Data Protection Officer van AG kan worden bereikt op volgende adressen:

Per post: AG – Data Protection Officer
Emile Jacquainlaan 53, 1000 Brussel

Of per e-mail: AG_DPO@aginsurance.be

Klachten kunnen worden ingediend bij de Gegevensbeschermingsautoriteit.

Meer informatie over hoe AG persoonsgegevens beschermt en over hoe de betrokkene zijn/haar rechten kan uitoefenen, is terug te vinden in de Privacyverklaring van AG op www.aginsurance.be.

