

Document d'affiliation assurance de groupe (sans choix)

Nom Employeur : _____ Numéro de groupe : **BCVR**

Numéro Comité Paritaire : _____

A compléter par le membre du personnel (en majuscules svp)

Nom : _____ Prénom(s) : _____
(nom de jeune fille pour les femmes)

Adresse : Rue : _____ N°/Boîte : _____

Code postal : _____ Localité : _____

Date de naissance : _____ N° Registre National : _____

Sexe : Masculin Féminin Statut social : Salarié Indépendant

Langue officielle : Néerlandais Français

Etat civil

Célibataire Séparé(e) de fait depuis le : _____

Marié(e) depuis le : _____ Séparé(e) de corps depuis le : _____

Co-habitant(e) légal(e) depuis le : _____ Divorcé(e) depuis le : _____

Co-habitant(e) de fait depuis le : _____ Veuf(ve) depuis le : _____

Composition de famille	Nom (nom de jeune fille pour les femmes)	Prénom(s)	Date de naissance	Sexe	Allocations familiales et/ou à charge
Partenaire				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Enfant				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Enfant				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Enfant				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Enfant				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Enfant				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

- Le membre du personnel déclare d'accepter et s'engage à respecter le règlement d'assurance de groupe instauré par l'Employeur en faveur de son personnel.
- En cas de décès du membre du personnel, les bénéficiaires sont ceux indiqués dans le règlement d'assurance de groupe. Si vous désirez modifier la clause d'attribution bénéficiaire, veuillez nous compléter le document « Modification de bénéficiaires » et le joindre au présent document.
- Les contrats d'assurance seront établis sur la base du présent document d'affiliation et des dispositions du règlement d'assurance de groupe.
- L'Entreprise d'Assurances se réserve le droit de subordonner l'affiliation au résultat de formalités médicales favorable reconnu par elle.

A compléter par l'Employeur

Date d'entrée en service :			Date d'affiliation :		
Période d'essai :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, date fin :		
Rémunération mensuelle réelle de référence :			Régime de travail :	%	
Catégorie de personnel :			Matricule :		

L'Employeur certifie que le membre du personnel est effectivement au travail à la date du présent document d'affiliation. Il certifie également l'exactitude des données relatives à la situation familiale et à l'adresse complète du membre du personnel.

Protection des données personnelles

Allianz Benelux collecte des données personnelles pour créer, gérer et exécuter les contrats d'assurances. Nous utilisons ces données dans le cadre de la relation commerciale avec nos clients et partenaires, pour surveiller l'évolution du portefeuille et prévenir les abus et les fraudes à l'assurance. Les données personnelles sont traitées conformément à la législation sur la protection des données personnelles et aux législations applicables aux assurances. Elles sont partagées avec les membres de notre personnel et des partenaires (réassureurs, experts, autres sociétés du groupe Allianz,..) qui en ont nécessairement besoin dans le cadre de leur fonction ou de leur mission, ainsi qu'avec des autorités nationales ou internationales. En cas de transferts des données et quel que soit le lieu où elles se trouvent, nous appliquons des règles de protection contraignantes approuvées par les autorités. Vos données sont conservées aussi longtemps qu'elles sont nécessaires à l'exécution du contrat d'assurance, en ce compris les délais légaux de prescription. En fournissant les données médicales destinées à la gestion de votre contrat ou de votre sinistre et en signant le présent questionnaire, vous donnez expressément votre accord au traitement de ces données lors de la gestion de votre contrat ou de votre sinistre. Vous avez le droit de prendre connaissance, de faire corriger ou éventuellement supprimer vos données personnelles. Vous pouvez adresser vos questions à notre Data Privacy Officer, en joignant une copie recto-verso de votre carte d'identité, soit par courriel à l'adresse privacy@allianz.be soit par courrier à Allianz Benelux SA, Service Juridique et Compliance/Protection des données, 35 rue de Laeken à 1000 Bruxelles. Vous pouvez aussi vous adresser à l'Autorité de Contrôle des Traitements de données à caractère personnel, rue de la Presse 35, 1000 Bruxelles, ou www.privacycommission.be. Plus d'explication sur notre politique de protection des données personnelles vous sont fournies sur notre site web à l'adresse <http://www.allianz.be/fr/protection-des-donnees-personnelles/Pages/qui-sommes-nous.aspx>

Membre du personnel (nom, prénom, date et signature)

Employeur (nom, date et signature)

