

Aansluitingsdocument Beroepsgebonden ziektekostenverzekering

Naam Werkgever:

Groepsnummer: BCVR

Te vervolledigen door het personeelslid (in hoofdletters a.u.b.)

Naam:

(meisjesnaam voor de vrouwen)

Voornaam:

Adres: Straat:

Nr/Bus:

Postnummer:

Woonplaats:

Geboortedatum:

Rijksregisternummer:

Geslacht:

Mannelijk

Vrouwelijk

Sociaal statuut:

Loontrekkende

Zelfstandige

Officiële taal:

Nederlands

Frans

Burgerlijke staat

Alleenstaand

Feitelijk gescheiden sinds:

Gehuwd sinds:

Gescheiden van tafel en bed sinds:

Wettelijk samenwonend sinds:

Wettelijk gescheiden sinds:

Feitelijk samenwonend sinds:

Weduwnaar / Weduwe sinds:

Gezinssamenstelling*

Partner

Naam (meisjesnaam voor de vrouwen)	Voornaam	Elders verzekerd	Geboortedatum	Geslacht	Kinderbijslag en/of ten laste
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen

Kind(eren)

Naam	Voornaam	Elders verzekerd	Geboortedatum	Geslacht	Kinderbijslag en/of ten laste
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen

* In overeenstemming met de bijzondere voorwaarden van de overeenkomst beroepsgebonden ziektekostenverzekering "Hospitalisatie" onderschreven door de Werkgever.

De verzekeraar behoudt zich het recht voor om de aansluiting afhankelijk te maken van het resultaat van medische formaliteiten. De beoordeling van dat resultaat komt de verzekeraar toe.

Te vervullen door de Werkgever

Datum van indiensttreding:		Gevraagde datum van aansluiting:
Proefperiode:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Indien ja, einddatum:
Tewerkstellingspercentage:	%	Personeelscategorie:
		Stamnummer:

De Werkgever bevestigt dat het personeelslid effectief aan het werk is op de datum van onderhavige aansluitingsaanvraag. Hij bevestigt eveneens de juistheid van de gegevens betreffende de familiale toestand en het volledige adres van het personeelslid.

Bescherming van de persoonsgegevens

Allianz Benelux verzamelt persoonsgegevens in om verzekeringsovereenkomsten op te maken, te beheren en uit te voeren. Wij gebruiken deze gegevens in het raam van de commerciële relatie met onze klanten en partners, om de evolutie van de portefeuille op te volgen en misbruiken en verzekeringsfraude te voorkomen. De persoonsgegevens worden verwerkt in overeenstemming met de wetgeving op de bescherming van persoonsgegevens en de wetgeving die geldt voor verzekeringen. Zij worden gedeeld met de personeelsleden en de partners (herverzekeraars, experts, andere vennootschappen van de groep Allianz, ...) die de gegevens absoluut nodig hebben voor hun functie en hun taak, en ook met de nationale en internationale overheden. Bij een overdracht van gegevens en ongeacht de plaats waar zij zich bevinden, passen wij de verplichte beschermingsregels toe die de overheden hebben goedgekeurd. Uw gegevens worden bewaard zolang zij noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst, inclusief de wettelijke verjaringstermijnen. U hebt het recht kennis te nemen van uw persoonsgegevens en deze eventueel te laten verbeteren of vernietigen. Al uw vragen kan u doorsturen naar onze Data Privacy Officer, samen met een recto-versokopie van uw identiteitskaart, ofwel via een mail naar privacy@allianz.be ofwel via een brief aan Allianz Benelux NV, Juridische Dienst en Compliance/Gegevensbescherming, 35 Lakensestraat, 1000 Brussel. U kan ook terecht bij de Gegevensbeschermingsautoriteit, Drukpersstraat 35, 1000 Brussel, of www.privacycommission.be. Voor meer uitleg over ons gegevensbeschermingsbeleid kan u terecht op onze website <http://www.allianz.be/nl/bescherming-persoonsgegevens/Paginas/wie-zijn-wij.aspx>

Personeelslid (naam, voornaam, datum en handtekening)

Werkgever (naam, datum en handtekening)

