

Aansluitingsdocument groepsverzekering (met keuze)

Naam Werkgever: _____ Groepsnummer: BCVR

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

Naam: _____ Voornaam: _____
(meisjesnaam voor de vrouwen)

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

- Het personeelslid verklaart zich akkoord met de bepalingen van het groepsverzekeringsreglement dat door de Werkgever ten gunste van zijn personeelslid werd ingevoerd.
- De begunstigen, in geval van overlijden van het personeelslid, zijn de personen aangeduid in het groepsverzekeringsreglement. Indien u de clausule met de aanduiding van de begunstigen wenst te wijzigen, gelieve het voorziene document "Wijziging van begunstigen" in te vullen en bij onderhavig document bij te voegen.
- De verzekeringscontracten zullen worden opgemaakt op grond van onderhavige aansluitingsaanvraag en van de bepalingen van het groepsverzekeringsreglement.
- 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.

Keuze van de waarborgen

Enkel de waarborgen aanvullen, waarvoor er keuzemogelijkheid is in toepassing van het groepsverzekeringsreglement. Indien er voor een waarborg die voorzien is in het reglement geen of een ongeldige keuze wordt gemaakt, zal de standaardkeuze zoals bepaald in het reglement toegepast worden.

Waarborg « Kapitaal overlijden »

Standaardkeuze
(De standaardkeuze wordt omschreven in het reglement.)

Vrije keuze: maal de jaarlijkse
refertebezoldiging (cfr. reglement)

Ik wens geen waarborg « Kapitaal overlijden »

Waarborg « Kapitaal overlijden door ongeval »

Standaardkeuze
(De standaardkeuze wordt omschreven in het reglement.)

Vrije keuze: maal het gewaarborgd
kapitaal overlijden

Waarborg « Arbeidsongeschiktheid »

Standaardkeuze
(De standaardkeuze wordt omschreven in het reglement.)

Ik wens geen waarborg « Arbeidsongeschiktheid »

Vrije keuze: 0% B1 + 60% B2 (en 60% B3 bij arbeidsongeval³)
 5% B1 + 65% B2 (en 65% B3 bij arbeidsongeval³)
 15% B1 + 75% B2 (en 75% B3 bij arbeidsongeval³)
 20% B1 + 80% B2 (en 80% B3 bij arbeidsongeval³)

B1 = de refertebezoldiging begrensd tot de Z.I.V.-loongrens¹
 B2 = de schijf van de refertebezoldiging boven de Z.I.V.-loongrens²
 B3 = de schijf van de refertebezoldiging boven de A.O.-loongrens²

¹Z.I.V.: Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

²A.O.: Arbeidsongevallen

³Arbidsongeval: indien voorzien in het reglement

De rente wordt geïndexeerd met 0% 1% 3%

Te vervulldigen door de Werkgever

Datum van indiensttreding:

Datum van aansluiting:

Proefperiode Ja Neen

Indien ja, einddatum:

Werkelijke maandelijkse refertebezoldiging:

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 zamelt 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.

Door de medische gegevens te verstrekken voor het beheer van uw contract of uw schadegeval en door deze vragenlijst te ondertekenen, stemt u uitdrukkelijk in met de verwerking van deze gegevens bij het beheer van uw contract of uw schadegeval.

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)