

Aansluitingsdocument groepsverzekering (zonder keuze)

Naam Werkgever:	Groepsnummer: BCVR
Paritair Comité Nummer:	

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: <input type="checkbox"/> Mannelijk <input type="checkbox"/> Vrouwelijk	Sociaal statuut: <input type="checkbox"/> Loontrekkende <input type="checkbox"/> Zelfstandige
Officiële taal: <input type="checkbox"/> Nederlands <input type="checkbox"/> Frans	

Burgerlijke staat

<input type="checkbox"/> Alleenstaand	<input type="checkbox"/> Feitelijk gescheiden sinds:
<input type="checkbox"/> Gehuwd sinds:	<input type="checkbox"/> Gescheiden van tafel en bed sinds:
<input type="checkbox"/> Wettelijk samenwonend sinds:	<input type="checkbox"/> Wettelijk gescheiden sinds:
<input type="checkbox"/> Feitelijk samenwonend sinds:	<input type="checkbox"/> 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.

Te vervolledigen door de Werkgever

Datum van indiensttreding:	Datum van aansluiting:
Proefperiode: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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-verskopie 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)

