

Wijzigingsdocument collectieve verzekering hospitalisatie en gezondheidszorgen voor federale openbare diensten (FORCMS-AV-100)

Terugsturen aan de sociale dienst of personeelsdienst van uw administratie



Gegevens werkgever

Naam werkgever : _____

Groepsnummer : _____ Deelgroep : _____

Gegevens Werknemer

Naam werknemer : _____

Stamnummer: _____

Geboortedatum werknemer : _____

E-mailadres: _____

Schrapping van (een) verzekerde(n)

Overlijden datum : ___/___/___

Naam overledene _____

___/___/___

(Echt)scheiding datum : ___/___/___

Naam ex-partner _____

Kind

Naam kind _____

Vanaf datum ___/___/___

(NOTA: een kind mag aangesloten blijven indien:

OF kinderbijslaggerechtigd

OF fiscaal ten laste

OF gedomicilieerd bij de titularis)

Bijkomende aansluiting(en)

Aansluiting van gezinslid/gezinsleden (enkel indien werknemer reeds aangesloten is)

Huwelijk / Samenwonen* datum huwelijk / samenwonen : ___/___/___

Geboorte / Adoptie datum geboorte / adoptie : ___/___/___

* In geval van samenwonen moet de aanvraag verantwoord worden door een domiciliëringsbewijs, afgeleverd door het gemeentebestuur.

Identiteit	Gezinslid 1	Gezinslid 2	Gezinslid 3	Gezinslid 4
Naam				
Voornaam				
Geslacht				
Geboortedatum				
Burgerlijke Staat				
Verwantschap				

Andere wijzigingen

Mutatie : van _____ naar _____ datum mutatie : ___/___/___

Stopzetting kinderbijslag : Naam kind: _____ datum: ___/___/___

Pensionering : datum: ___/___/___

Ik wens jaarlijks / trimestrieel te betalen. (schrappen wat niet past) datum: ___/___/___

Andere wijziging : (omschrijving wijziging) _____ datum wijziging : ___/___/___

De inzameling van persoonsgegevens en het gebruik ervan gebeuren conform de bepalingen van de Belgische privacy-wetgeving.

AG Insurance, verantwoordelijke voor de verwerking, kan de verkregen persoonsgegevens verwerken met het oog op het beheer van de collectieve verzekering hospitalisatie - gezondheidszorgen van de federale openbare diensten, met inbegrip van het opmaken van statistieken.

U heeft het recht om uw gegevens in te kijken en, indien nodig, te verbeteren.

Ondergetekende verklaart kopie van dit document te bewaren en kennis genomen te hebben van de bepalingen van de Collectieve hospitalisatieverzekering - Federale Openbare Diensten.(FORCMS-AV-100)

Te : _____, op _____

AG Insurance nv - RPR Brussel - BTW BE 0404.494.849

E. Jacqueminaan 53, B-1000 Brussel

AG Employee Benefits, E. Jacqueminaan 53, B-1000 Brussel - www.agemployeebenefits.be

Tel. +32(0)2 664 12 05 - Fax +32(0)2 664 75 20

Handtekening personeelslid, verzekerde (meerderjarige) personen,