

Beitrittsformular Kollektive Krankenhausversicherung



Gruppenversicherung (Health Care)

Füllen Sie dieses Formular aus, um Ihren Beitritt [und ggf. den Beitritt Ihrer Familienmitglieder] zu der Kollektiven Krankenhausversicherung zu beantragen.

Füllen Sie dieses Dokument vorzugsweise online aus, u.z. um die Verarbeitung Ihres Antrags zu beschleunigen. Bevorzugen Sie ein Papierformular? Aus Gründen der besseren Lesbarkeit bitten wir Sie, es in Großbuchstaben auszufüllen.

1) Zu versichernde Personen

Personalmitglied (= Inhaber der Versicherung)

- Aktives Personalmitglied
- In den Ruhestand getretenes Personalmitglied

Name: Vorname:
 Geschlecht: M W Geburtsdatum: / /
 Straße: N°: Bfk: PLZ: Ort:
 E-Mail-Adresse: Telefonnummer:
 Datum des Dienstantritts: / / Matrikel:

Partner des Personalmitglieds

- Wohnt an derselben Adresse als der Inhaber der Versicherung
- Witwe(r) des Inhabers

Name: Vorname:
 Geschlecht: M W Geburtsdatum: / /

Kinder

- Mit Kindergeld
- Ohne Kindergeld, aber steuerlich zu Lasten des Inhabers bzw. mit Wohnsitz bei dem Inhaber

	Name und Vorname	Geschlecht	Geburtsdatum	Kindergeld
1. Kind:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W / /	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2. Kind:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W / /	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3. Kind:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W / /	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4. Kind:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W / /	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
5. Kind:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W / /	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Sind die zu versichernden Personen schon Mitglied einer vergleichbaren Versicherung? Ja Nein
 Wenn ja, fügen Sie dem Beitrittsformular eine Versicherungsbescheinigung des betroffenen Versicherers bei.

2) Gewählte Formel

Die durch Sie gewählte Formel findet auf alle beigetretenen Familienmitglieder Anwendung.
Wenn Sie keine Wahl mitteilen, findet die Basisformel Anwendung.

Kreuzen Sie Ihre Wahl an:

- Basisformel
- Erweiterte Formel

3) Gewählte Zahlungsweise

Teilen Sie uns mit, ob Sie Ihre Prämien vierteljährlich oder jährlich zahlen möchten.
Wenn Sie keine Wahl mitteilen, erhalten Sie eine jährliche Zahlungsaufforderung.

Kreuzen Sie Ihre Wahl an:

- Vierteljährliche Zahlung
- Jährliche Zahlung

4) Wichtig

Ich, der Unterzeichnete, erkläre, dass ich:

- + der Sozial- bzw. Personalabteilung jede Änderung der Zusammenstellung der Familie unverzüglich mit dem Formular 'Kollektive Krankenhausversicherung FÖD – Anpassungsantrag' mitteilen werde;
- + eine Kopie dieses Formular aufbewahrt habe;
- + die Allgemeinen Bedingungen der kollektiven Krankenhausversicherung der Föderalen Öffentlichen Diensten (FORCMS-AV-100) zur Kenntnis genommen habe;
- + die auf der letzten Seite des Formulars angegebenen Informationen zur Kenntnis genommen habe.

Ausgefertigt in am / /

Unterschrift des Personalmitglieds bzw. des Inhabers der Versicherung:

Unterschrift der versicherten [volljährigen] Personen:

Was müssen Sie mit diesem Formular tun?

Schicken Sie das ausgefüllte Formular an Ihre Sozial- bzw. Personalabteilung zurück.

Haben Sie Fragen?

Für nähere Einzelheiten können Sie jederzeit mit uns Kontakt aufnehmen:

- + Tel.: 02 664 12 04 (8.00 – 16.45)
- + E-Mail: hospitalisationfed@aginsurance.be

Informationen bezüglich des Schutzes des Privatlebens

Für die AG und den Arbeitgeber sind der Schutz personenbezogener Daten und deren sorgfältige Verarbeitung gemäß den geltenden Datenschutzbestimmungen und den Bestimmungen der kollektiven Krankenhaus- und Gesundheitsvorsorgeversicherung der Föderalen Öffentlichen Dienste (FORCMS-AV-100).

Verarbeitungszweck

Die erhaltenen personenbezogenen Daten können von der AG und/oder dem Arbeitgeber als Verantwortliche für die Verarbeitung für folgende Zwecke verarbeitet werden:

- die Verwaltung der kollektiven Krankenhaus- und Gesundheitsvorsorgeversicherung der Föderalen Öffentlichen Dienste und die Erstellung von Statistiken auf der Grundlage der Ausführung des Vertrages (FORCMS-AV-100);
- die Erfüllung gesetzlicher Vorschriften, wie Steuervorschriften oder die Vermeidung von Geldwäsche, auf der Grundlage einer gesetzlichen Bestimmung.

Um diese Zwecke zu erfüllen, kann die AG auch personenbezogene Daten vom Betroffenen selbst oder Dritten erhalten. In diesem Fall können diese Verarbeitungszwecke auf der Zustimmung des Betroffenen beruhen.

Kategorien von verarbeiteten Personendaten und mögliche Empfänger

Die folgenden Kategorien von personenbezogenen Daten können von der AG verarbeitet werden: Identifikations- und Kontaktdaten, finanzielle Daten, persönliche Merkmale, Gesundheitsdaten, Berufs- und Beschäftigungsdaten sowie Daten zu den Lebensgewohnheiten, zur Familienzusammensetzung, zu Risikosituationen und zum Risikoverhalten, gerichtliche Daten.

Diese personenbezogenen Daten können, wenn dies für die vorgenannten Zwecke notwendig und in Übereinstimmung mit den Datenschutzbestimmungen ist, von der AG anderen beitretenden Versicherungsgesellschaften, ihren Vertretern in Belgien, ihren Kontaktstellen im Ausland, den beteiligten Rückversicherern, Sachverständigen, Rechtsanwälten, technischen Beratern, Ihrem Versicherungsmakler oder einem Verarbeiter mitgeteilt werden. Darüber hinaus können die Daten im Rahmen einer gesetzlichen Verpflichtung oder eines Verwaltungs- oder Gerichtsbeschlusses oder wenn ein berechtigtes Interesse besteht jeder anderen Person oder Instanz mitgeteilt werden.

Es ist möglich, dass die AG personenbezogene Daten außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) an ein Land überträgt, das gegebenenfalls keinen angemessenen Schutz der personenbezogenen Daten garantieren kann. In diesen Fällen schützt die AG die Daten durch eine Erhöhung der IT-Sicherheit und ein vertraglich erhöhtes Sicherheitsniveau bei den internationalen Gegenparteien.

Gesundheitsdaten

Wenn der Betroffene im Rahmen der Beschreibung des Risikos oder der Abwicklung eines Schadensfalls seine Gesundheit der AG anvertraut, wacht die AG darüber, dass diese Gesundheitsdaten zu bestimmten Zwecken mit ausdrücklicher Zustimmung des Betroffenen verarbeitet werden. Der Betroffene kann seine Zustimmung für die Verarbeitung personenbezogener Daten in Sachen Gesundheit zurückziehen. In diesem Fall akzeptiert der Betroffene, dass die AG seinem Antrag auf Versicherungsleistungen nicht nachkommen und/oder die vertragliche Beziehung nicht ausführen kann.

Bewahrungsfrist Ihrer personenbezogenen Daten

Ihre personenbezogenen Daten werden während der gesamten Laufzeit der Ausführung der o.a. Zwecke, während der gesetzlichen Verjährungsfrist sowie während jeder anderen gesetzlichen und reglementarischen Aufbewahrungsfrist bewahrt.

Rechte des Betroffenen

Innerhalb der Grenzen des Gesetzes:

ist der Betroffene berechtigt, Einblick in seine Daten zu erhalten, um diese gegebenenfalls berichtigen zu lassen;

ist der Betroffene berechtigt, die Verarbeitung seiner Daten zu verweigern, die Verarbeitung seiner Daten beschränken zu lassen sowie seine Daten löschen zu lassen. In diesen Fällen ist es möglich, dass die AG die vertragliche Beziehung nicht ausführen kann.

Hierzu kann der Betroffene einen datierten und unterzeichneten Antrag an den Datenschutzbeauftragten (Data Protection Officer, DPO) der AG richten, zusammen mit einer beidseitigen Kopie seines Personalausweises.

Der Datenschutzbeauftragte der AG ist zu erreichen:

Auf dem Postweg: AG – Data Protection Officer
Bd Emile Jacqmain 53, 1000 Brüssel

Oder per E-Mail: AG_DPO@aginsurance.be

Beschwerden können gegebenenfalls bei der Datenschutzbehörde eingereicht werden.