

**COLLECTIEVE VERZEKERING HOSPITALISATIE -
GEZONDHEIDSZORGEN -
FEDERALE OPENBARE DIENSTEN
FORCMS-AV-100**

Naam federale openbare dienst:..... Groep Nr. M...

EENMALIG ANTWOORDFORMULIER

BELANGRIJKE OPMERKING: wanneer geen van onderstaande keuzes van toepassing is, blijft u (samen met uw eventueel reeds verzekerde gezinsleden) aangesloten in de situatie zoals die vóór 01/01/2018 bij AG Insurance gekend was. In dat geval hoeft u dit document **NIET** terug te sturen !

Ondergetekende,

Naam en voornaam :

Geboortedatum :

e-mailadres :

Personeelsnr. :

verklaart kennis te hebben genomen van de voorwaarden van de Collectieve verzekering voor hospitalisatie en gezondheidszorgen van de federale openbare diensten.

Vanaf 1 januari 2018 wens ik : (gelieve aan te kruisen wat van toepassing is)

voor mezelf en mijn reeds (en eventueel toekomstig) verzekerde gezinsleden de **BASISFORMULE** "terugbetaling supplementen in een twee- of meerpersoonskamer" te onderschrijven.

mezelf en mijn reeds (en eventueel toekomstig) verzekerde gezinsleden de **UITGEBREIDE FORMULE** "terugbetaling supplementen éénpersoonskamer" te onderschrijven;

mezelf / mijn gezinsleden (*schrappen wat niet past*) **niet langer** via de Collectieve Hospitalisatieverzekering van de federale openbare diensten te verzekeren;

1 of meer van mijn gezinsleden mee te verzekeren en ik vul hiervoor het "**Aansluitingsformulier**" in en stuur dit samen met dit antwoordformulier op.

Ik wens jaarlijks / trimestrieel te betalen. (*schrappen wat niet past*)

Gedaan te _____, op ____ / ____ / 20..

Handtekening personeelslid,
verzekerde (meerderjarige) personen

Dit document dient vóór 31 maart 2018 teruggestuurd te worden naar de sociale dienst of de personeelsdienst.