

# Anpassungsantrag Kollektive Krankenhausversicherung FÖD

## Gruppenversicherung [Health Care]



Füllen Sie dieses Formular aus, um eine Änderung im Rahmen Ihrer Kollektiven Krankenhausversicherung FÖD mitzuteilen. 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) Persönliche Daten

#### Arbeitgeber

Name des Arbeitgebers: ..... Gruppennummer: .....

#### Daten des Personalmitglieds (Inhaber)

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... / ..... / .....

Straße: ..... N°: ..... Bfk: ..... Bfk: ..... Ort: .....

E-Mail-Adresse: ..... Telefonnummer: .....

### 2) Versicherte Person(en) streichen

Füllen Sie diesen Teil aus, wenn Sie eine Person aus der Versicherung entfernen möchten

- Ableben Name der verstorbenen Person: ..... Datum: ..... / ..... / .....
- Ex-Partner streichen Name der ehemaligen Partners: ..... Datum: ..... / ..... / .....
- Kind\* streichen Name des Kinds: ..... Datum: ..... / ..... / .....

*\*in den folgenden Fällen bleibt ein Kind Mitglied der Versicherung: mit Kindergeldanspruch ODER steuerlich zu Lasten ODER mit Wohnsitz bei dem Personalmitglied*

### 3) Zusätzlicher Beitritt

Füllen Sie diesen Teil aus, wenn Sie dieser Versicherung eine Person zufügen möchten

- Familienmitglied(er) - Beitritt Datum: ..... / ..... / .....
- Heirat oder an derselben Adresse zusammenwohnend\* Datum: ..... / ..... / .....
- Geburt/Adoption Datum: ..... / ..... / .....

*\*Wenn zusammenwohnender Partner: Fügen Sie einen durch die Gemeinde ausgestellten Wohnsitznachweis bei*

	Familienmitglied 1	Familienmitglied 2	Familienmitglied 3	Familienmitglied 4
Name				
Vorname				
Geschlecht	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W
Geburtsdatum	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....
Zivilstand				
Verwandtschaft mit dem Personalmitglied				

#### 4) Sonstige Änderung(en) \_\_\_\_\_

- Interne Mobilität des Inhabers (Arbeitsplatzwechsel):  
Von ..... zu ..... ab dem: ..... / ..... / .....
- Ich möchte:       vierteljährlich zahlen       jährlich zahlen:      ab dem: ..... / ..... / .....
- Kein Kindergeld mehr für: ..... (Name des Kinds)      ab dem: ..... / ..... / .....
- Pensionierung des Personalmitglieds:      am: ..... / ..... / .....
- Sonstige Anpassung (bitte beschreiben): ..... ab dem: ..... / ..... / .....

#### 5) 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 Formel 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](mailto:hospitalisationfed@aginsurance.be)

## Informationen bezüglich des Schutzes des Privatlebens

---

Für die AG Insurance 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 Insurance 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 Insurance 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 Insurance 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 Insurance 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 Insurance 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 Insurance 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 Insurance anvertraut, wacht die AG Insurance 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 Insurance 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 Insurance die vertragliche Beziehung nicht ausführen kann.

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

Der Datenschutzbeauftragte der AG Insurance ist zu erreichen:

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

Oder per E-Mail: [AG\\_DPO@aginsurance.be](mailto:AG_DPO@aginsurance.be)

Beschwerden können gegebenenfalls bei der Datenschutzbehörde eingereicht werden.