

## Demande de modification de l'assurance hospitalisation collective du SPF

### Assurance de groupe [Health Care]



Complétez ce formulaire pour signaler une modification de votre assurance hospitalisation collective SPF.

Afin d'accélérer le traitement de votre demande, complétez-le de préférence par voie digitale.

Vous préférez utiliser la version papier ? Pour une meilleure lisibilité, complétez le formulaire en lettres majuscules.

#### 1) Données personnelles

##### Employeur

Nom de l'employeur : ..... Numéro de groupe : .....

##### Données du membre du personnel (titulaire)

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Rue : ..... N° : ..... Bte : ..... Code postal : ..... Localité : .....

Adresse e-mail : ..... Numéro de téléphone : .....

#### 2) Suppression d'un ou plusieurs assuré(s)

Complétez cette partie si vous souhaitez supprimer une personne de l'assurance

- Décès Nom du défunt : ..... Date : ..... / ..... / .....
- Suppression de l'ex-partenaire Nom de l'ex-partenaire : ..... Date : ..... / ..... / .....
- Suppression d'un enfant\* Nom de l'enfant : ..... Date : ..... / ..... / .....

*\*Un enfant peut rester affilié dans les cas suivants : s'il donne droit à des allocations familiales OU s'il est fiscalement à charge OU s'il est domicilié chez le membre du personnel*

#### 3) Affiliation(s) supplémentaire(s)

Complétez cette partie si vous souhaitez ajouter une personne à l'assurance

- Affiliation d'un ou plusieurs membre(s) de la famille Date : ..... / ..... / .....
- Mariage ou cohabitation sous le même toit\* Date : ..... / ..... / .....
- Naissance/adoption Date : ..... / ..... / .....

*\*Pour la cohabitation, joindre une preuve de domiciliation délivrée par la commune*

	Membre fam. 1	Membre fam. 2	Membre fam. 3	Membre fam. 4
Nom				
Prénom				
Sexe	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F
Date de naissance	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....
État civil				
Lien de parenté avec le membre du personnel				

#### 4) Autre[s] modification[s] \_\_\_\_\_

- Mutation (changement de service public fédéral) :  
De ..... vers ..... à partir du : ..... / ..... / .....
- Je souhaite dorénavant :     Payer trimestriellement     Payer annuellement :    à partir du : ..... / ..... / .....
- Fin des allocations familiales pour : ..... [nom de l'enfant]    à partir du : ..... / ..... / .....
- Départ à la retraite du membre du personnel : .....    le : ..... / ..... / .....
- Autre modification (veuillez préciser) : ..... à partir du : ..... / ..... / .....

#### 5) Important \_\_\_\_\_

##### Je, soussigné, déclare :

- + transmettre immédiatement toutes les modifications de la composition de ménage au service social ou au service du personnel, et ce, en complétant le formulaire 'Demande de modification de l'assurance hospitalisation collective du SPF' ;
- + conserver une copie de ce formulaire ;
- + avoir pris connaissance des conditions générales de l'assurance hospitalisation collective des services publics fédéraux (FORCMS-AV-100);
- + avoir pris connaissance du document d'information sur la dernière page de ce formulaire.

Établi à ..... le ..... / ..... / .....

Signature du membre du personnel ou du titulaire de l'assurance :

Signature des personnes [majeures] assurées :

### Que devez-vous faire de ce document ?

Renvoyez le formulaire complété à votre service social ou votre service du personnel.

### Des questions ?

Nous sommes à votre disposition pour y répondre.

##### Par téléphone ou par e-mail :

- + 02 664 12 04 [8 h - 16 h 45]
- + [hospitalisatiefed@aginsurance.be](mailto:hospitalisatiefed@aginsurance.be)

## Information relative à la protection de la vie privée

---

AG Insurance et votre employeur attachent une importance particulière à la protection des données à caractère personnel et les traitent avec le plus grand soin conformément aux dispositions de la législation applicable sur la protection de la vie privée, et aux dispositions de l'assurance hospitalisation et soins de santé collective Services Publics Fédéraux (FORCMS-AV-100).

### Finalités du traitement

En tant que responsable[s] de traitement, AG Insurance et/ou l'employeur peu(ven)t traiter les données à caractère personnel obtenues pour les finalités suivantes:

- la gestion de l'assurance hospitalisation et soins de santé collective Services Publics Fédéraux et l'établissement de statistiques sur la base de l'exécution du contrat (FORCMS-AV-100);
- le respect des obligations légales et réglementaires, telles que les obligations fiscales ou la prévention du blanchiment de capitaux, et ce, en vertu d'une disposition légale.

Pour la poursuite de ces finalités, AG Insurance peut recevoir des données à caractère personnel de la personne concernée elle-même ou de tiers.

Le cas échéant, ces finalités de traitement peuvent être basées sur le consentement de la personne concernée.

### Catégories de données à caractère personnel traitées et destinataires possibles

AG Insurance peut traiter les catégories de données à caractère personnel suivantes: données d'identification et de contact, données financières, caractéristiques personnelles, données relatives à la santé, à la profession et à l'emploi, aux habitudes de vie, à la composition du ménage, aux situations à risque et aux comportements à risque, données judiciaires.

Si les finalités précitées le requièrent et en conformité avec la législation sur la protection de la vie privée, AG Insurance peut communiquer ces données à caractère personnel à d'autres entreprises d'assurance intervenantes, à leurs représentants en Belgique, à leurs correspondants à l'étranger, aux entreprises de réassurance concernées, à un expert, à un avocat, à un conseiller technique, à un intermédiaire d'assurances ou à un sous-traitant. AG Insurance peut également transmettre ces données à toute autre personne ou instance en vertu d'une obligation légale ou d'une décision administrative ou judiciaire, ou si un intérêt légitime le justifie.

AG Insurance est susceptible de transmettre les données à caractère personnel en dehors de l'Espace économique européen (EEE) dans un pays qui peut, le cas échéant, ne pas assurer un niveau de protection adéquat des données à caractère personnel. Dans ce cas, AG Insurance protège toutefois les données en renforçant davantage la sécurité informatique et en exigeant contractuellement un niveau de sécurité renforcé de la part de ses contreparties internationales.

### Données relatives à la santé

Lorsque, dans le cadre de la description du risque ou du traitement du sinistre, la personne concernée confie des données relatives à sa santé à AG Insurance, cette dernière veille à ce que ces données soient traitées moyennant le consentement explicite de la personne concernée, dans la poursuite de la finalité consentie. La personne concernée peut à tout moment retirer son consentement relatif au traitement des données à caractère personnel concernant sa santé. Dans ce cas, elle reconnaît qu'AG Insurance ne peut pas donner suite à sa demande d'intervention et/ou ne peut pas exécuter la relation contractuelle.

### Durée de conservation de vos données à caractère personnel

Vos données à caractère personnel seront conservées aussi longtemps que nécessaire pour atteindre les finalités pour lesquelles elles ont été obtenues, pendant la période de prescription légale ou toute autre période de conservation qui serait imposée par les lois et règlements applicables.

### Droits de la personne concernée

Dans les limites fixées par la législation:

- la personne concernée a le droit de prendre connaissance de ses données, le cas échéant, de les faire rectifier;
- la personne concernée a le droit de s'opposer au traitement de ses données, de demander la limitation du traitement de ses données et de demander leur effacement. Dans ces cas, AG Insurance pourrait se trouver dans l'impossibilité d'exécuter la relation contractuelle.

À cette fin, la personne concernée peut adresser une demande datée et signée au Data Protection Officer (« DPO ») d'AG Insurance, accompagnée d'une photocopie recto verso de sa carte d'identité.

La personne concernée peut contacter le Data Protection Officer d'AG Insurance aux adresses suivantes:

Par courrier : AG Insurance – Data Protection Officer  
Boulevard Emile Jacqmain 53, 1000 Bruxelles

Ou par e-mail : [AG\\_DPO@aginsurance.be](mailto:AG_DPO@aginsurance.be)

Une réclamation peut le cas échéant être introduite auprès de l'Autorité de protection des données.