

## Formulaire d'affiliation à l'assurance hospitalisation collective



### Assurance de groupe [Health Care]

Complétez ce formulaire afin de vous affilier [ainsi que les éventuels membres de votre famille] à l'assurance hospitalisation collective

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] Personnes à affilier

##### Membre du personnel [= titulaire de l'assurance]

- Membre du personnel actif
- Membre du personnel pensionné

Nom : ..... Prénom : .....  
Sexe :  H  F Date de naissance : ..... / ..... / .....  
Rue : ..... N° : ..... Bte : ..... Code postal : ..... Localité : .....  
Adresse e-mail : ..... Numéro de téléphone : .....  
Date d'entrée en service : ..... / ..... / ..... Matricule : .....

##### Partenaire du membre du personnel

- Domicilié(e) à la même adresse que le/la titulaire de l'assurance
- Veuf/veuve du/de la titulaire

Nom : ..... Prénom : .....  
Sexe :  H  F Date de naissance : ..... / ..... / .....

##### Enfants

- Avec allocations familiales
- Sans allocations familiales, mais fiscalement à charge du/de la ou domicilié chez le/la titulaire

Nom et prénom	Sexe	Date de naissance	Allocations familiales
1 <sup>er</sup> enfant : .....	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2 <sup>e</sup> enfant : .....	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3 <sup>e</sup> enfant : .....	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4 <sup>e</sup> enfant : .....	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5 <sup>e</sup> enfant : .....	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Les personnes à affilier ont-elles déjà une assurance similaire ?  Oui  Non  
Si oui, joignez à ce formulaire une attestation d'assurance de l'assureur concerné.

## 2) Formule choisie

---

La formule choisie vaut pour tous les membres de la famille affiliés.  
Si vous n'indiquez pas votre choix, la formule de base sera appliquée.

Cochez votre choix :

- Formule de base
- Formule étendue

## 3) Mode de paiement choisi

---

Choisissez si vous voulez payer les primes trimestriellement (tous les trois mois) ou annuellement.  
Si vous n'indiquez pas de préférence, vous serez invité(e) à payer la prime annuellement.

Cochez votre choix :

- Paiement trimestriel
- Paiement annuel

## 4) 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]
- + [hospitalisationfed@aginsurance.be](mailto:hospitalisationfed@aginsurance.be)

## Information relative à la protection de la vie privée

AG 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 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 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 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 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 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 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 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, 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 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 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, accompagnée d'une photocopie recto verso de sa carte d'identité.

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

Par courrier : AG – 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.

