Assurance Collective (Health Care)

☐ **Demande sans engagement de continuation individuelle de l'assurance maladie collective pour les ouvriers dans le secteur de la Confection ou de l'Habillement (Commission Paritaire 109)**

Document à compléter

## ■ Données relatives à l'employeur auprès duquel vous bénéficiez de votre assurance collective

Nom de l'employeur : _____

Date à laquelle l'employeur vous a informé de la perte de la police collective : _____

## ■ Identification de l'affilié

Nom : Date de naissance : / /

Prénom : Sexe* : M / F

Rue : n°: BP:

CP : Localité :

N° téléphone : / Fax :

E-mail (privé) :

## ■ Assurance Hospitalisation

Groupe n°: M 0 2 5

Pouvez-vous nous communiquer un aperçu de vos assurances Hospitalisation au cours des deux dernières années (tant au niveau privé que via votre employeur) ? :

| | Début | Fin | Assureur | Employeur (le cas échéant) |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ___/___/___ | ___/___/___ | | |
| 2 | ___/___/___ | ___/___/___ | | |
| 3 | ___/___/___ | ___/___/___ | | |

## ■ Autres assurances maladie

Si vous souhaitez continuer une autre assurance maladie, veuillez la mentionner ci-après : _____

*La collecte des données et l'utilisation de celles-ci sont conformes aux dispositions de la loi belge sur la protection de la vie privée. Fortis Insurance Belgium, responsable du traitement, peut traiter les données obtenues sur les personnes pour la gestion de ses produits et services d'assurances en ce compris leur promotion, la gestion de la relation clientèle, l'établissement de statistiques, et se réserve le droit de les communiquer à des tiers lorsqu'il existe pour ce faire une obligation légale, contractuelle ou un intérêt légitime. Vous pouvez prendre connaissance de ces données et si nécessaire les faire rectifier, ainsi que vous opposer gratuitement à ce qu'elles soient traitées à des fins de marketing direct : si vous souhaitez exercer ce droit d'opposition veuillez cocher la case qui suit :* ☐
*Très important: l'affilié certifie l'exactitude des mentions relatives à la situation familiale, à l'affiliation durant les deux dernières années et à son adresse complète.*

Fait à _____, le ___/___/_____

Signature du membre du personnel,

Veuillez envoyer votre demande à:

Employee Benefits – Health Care
Bd. du Jardin Botanique 20
1000 Bruxelles
Courriel : continuation.employeebenefits@fortis.com
FAX : 02/664 79 66