

Groepsverzekering (Health Care)

Vrijblijvende aanvraag tot individuele voortzetting van de collectieve ziekteverzekering voor de arbeiders in de Kleding- en Confectiesector (Paritair Comité 109)

In te vullen document

■ Gegevens betreffende uw werkgever bij wie u de collectieve verzekering genoot

Naam van de werkgever: _____

Datum waarop uw werkgever u op de hoogte gebracht heeft over het verlies van de collectieve polis: _____

■ Identiteit personeelslid

Naam: Geboortedatum: / /

Voor naam: Geslacht*: M / V

Straat: nr: bus:

Postcode: Woonplaats:

Telefoonnummer: / Fax : /

E-mail (privé):

■ Hospitalisatieverzekering

Nummer groep: **M025**

Gelieve een overzicht te geven van uw hospitalisatieverzekeringen gedurende de laatste 2 jaar, zowel privé als via een werkgever:

	Begin	Einde	Verzekeraar	Werkgever (indien van toepassing)
1	___/___/___	___/___/___		
2	___/___/___	___/___/___		
3	___/___/___	___/___/___		

■ Andere ziekteverzekering(en)

Indien u een andere collectieve ziekteverzekering wenst verder te zetten, gelieve dit hierna op te geven: _____

De inzameling van persoonsgegevens en het gebruik ervan gebeuren conform de bepalingen van de Belgische privacywetgeving. Fortis Insurance Belgium, verantwoordelijke voor de verwerking, kan de verkregen persoonsgegevens verwerken met het oog op het beheer van haar verzekeringsproducten en -diensten, met inbegrip van de promotie ervan, het beheer van het cliëntenbestand, het opmaken van statistieken. Zij behoudt zich het recht voor deze gegevens mee te delen aan derden wanneer hiertoe een wettelijke of contractuele verplichting of een gewettigd belang bestaat. U hebt het recht om uw gegevens in te kijken en, indien nodig, te verbeteren. Indien u niet wenst dat uw gegevens verwerkt worden met het oog op direct marketing, kunt u zich hiertegen uitdrukkelijk en kosteloos verzetten door dit vakje aan te kruisen:
Zeer belangrijk: de aangeslotene bevestigt de juistheid van de gegevens betreffende de familiale toestand, de aansluiting gedurende de voorbije 2 jaar en het volledige adres.

Gedaan te _____,

op ___/___/___

Handtekening van het personeelslid,

Deze aanvraag dient teruggestuurd te worden naar:

Employee Benefits – Health Care
Kruidtuinlaan, 20
1000 Brussel
E-mail : continuation.employeebenefits@fortis.com
FAX : 02/664 79 66