aansluitingsformulier
VERZEKERING GEZONDHEIDSZORG ICI PARIS XL

Ethias
Zetel voor Vlaanderen
Prins-Bisschopssingel 73, 3500 Hasselt
Tel. 011 28 21 11 - Fax 011 85 60 00

Gelieve dit aansluitingsformulier terug te sturen naar de
PERSONEELSDIENST VAN ICI PARIS XL - SCHAARBEEKLEI 499 - 1800 VILVOORDE

HospiFlex

Polisnummer 8 5 9 0 0 3 1 0

◯ Nieuwe aansluiting ◯ Wijziging in gezinstoestand

1 IDENTITEIT VAN DE VERZEKERINGSNEMER

ICI PARIS XL
SCHAARBEEKLEI 499
1800 VILVOORDE

2 IDENTITEIT VAN DE TITULARIS (invullen in drukletters a.u.b.!)

Naam ..... Voornaam .....
Mevrouw - De heer (het onnodige schrappen) - gehuwde vrouw of weduwe: meisjesnaam

Legale entiteit ..... Datum indiensttreding ..... - ..... - .....

Geboortedatum ..... - ..... - .....

Straat ..... nr. ..... bus .....

Postcode ..... Gemeente .....

Telefoonnr. (privé) ..... E-mail .....

Dient u zelf verzekerd te worden? ◯ Ja ◯ Neen

Zo uw partner eveneens personeelslid is bij deze werkgever dient hij/zij een eigen aansluiting te doen.

3 IDENTITEIT VAN DE ANDERE TE VERZEKEREN PERSONEN

Naam	Voornaam	Geboortedatum	M/V	Verwantschap met de titularis

2152-Aansluiting ici Paris XL-pb/mj • 02/19

Ethias nv rue des Croisiers 24 4000 Luik www.ethias.be info@ethias.be

Verzekeringsonderneming toegelaten onder het nr. 0196 voor de beoefening van alle verzekeringstakken Niet-Leven, de levensverzekeringen, de bruidsschats- en geboorteverzekeringen (KB van 4 en 13 juli 1979, BS van 14 juli 1979) alsook de kapitalisatieverrichtingen (Beslissing CBFA van 9 januari 2007, BS van 16 januari 2007)
RPR Luik BTW BE 0404.484.654 Rekening Belfius Bank: BE72 0910 0078 4416 BIC: GKCCBEBB

4 ANDERE ANALOGE VERZEKERINGEN

Indien u reeds bij Ethias verzekerd bent (individueel of via een andere collectieve polis dan deze van uw werkgever) kan uw huidige verzekering worden stopgezet voor uzelf en de personen vermeld onder punt 3 en zal het eventueel teveel betaalde premiegedeelte worden teruggestort.

Maatschappij **Ethias**

Naam titularis _____ Voornaam _____

Polisnummer _____

Bankrekeningnummer _____ - _____ - _____ - _____

Andere maatschappij .....

Naam titularis _____ Voornaam _____

Polisnummer _____ Einddatum van huidige verzekering _____ - _____ - _____

Kopie/verzekeringsattest huidige polis bijvoegen. De nieuwe verzekering met Ethias zal aanvang nemen vanaf de vermelde einddatum.

5 DOMICILIËRING

ethias

Mandaat Europese Domiciliëring
Uniek Mandaatreferte

SEPA BC

Door dit mandaatdocument te handtekenen geeft u de toestemming aan:
- de schuldeiser om invorderingen te sturen naar uw bank teneinde uw rekening te debiteren;
- uw bank om uw rekening te debiteren naargelang de instructies ontvangen van de schuldeiser.

Onder bepaalde voorwaarden heeft u het recht om een terugbetaling van een domiciliëring aan uw bank te vragen.
De termijn om uw terugbetaling te vragen vervalt in principe 8 weken nadat het bedrag van uw rekening werd gedebiteerd.
Uw bank verstrekt u graag meer informatie over uw rechten en verplichtingen.

Schuldeisersidentificatie
BE60 ZZZ 0404484654
Ethias nv
24 Rue des Croisiers - 4000 Luik

Bankrekeningnummer _____ - _____ - _____ - _____

BIC van de bank _____

Betalingstype Trimestriële invordering

Ik verbind mij ertoe, alle wijzigingen die zich in de huidige toestand van mijn gezin zullen voordoen, onmiddellijk kenbaar te maken aan Ethias, door middel van een nieuw aansluitingsformulier.

Recht op individuele voortzetting (overeenkomstig de bepalingen van de Wet van 20 juli 2007)
Ik verklaar kennis te hebben genomen van mijn recht en dat van mijn eventueel aangesloten gezinsleden op individuele voortzetting van mijn/hun verzekeringsdekking wanneer ik/zij het voordeel van deze collectieve verzekering zouden verliezen. Tevens verklaar ik in kennis te zijn van mijn recht en dat van mijn eventueel aangesloten gezinsleden op betaling van een bijkomende premie teneinde bij de berekening van de premie voor de eventuele individueel voortgezette verzekering rekening te houden met de leeftijd waarop de bijkomende premie ononderbroken werd betaald.

Elke klacht over de verzekeringsovereenkomst of over het beheer van een schadegeval kan worden gericht aan:
- Ethias – Dienst 2035 Prins-Bisschopssingel 73 3500 Hasselt fax 011 85 61 10 klachtenbeheer@ethias.be
- Ombudsdienst Verzekeringen – de Meeûssquare 35 1000 Brussel fax 02 547 59 75 info@ombudsman.as

Verwerking van gegevens die verband houden met de gezondheid en/of andere gevoelige gegevens

U geeft toestemming aan Ethias voor de verwerking van gegevens die verband houden met uw gezondheid en deze van de minderjarige kinderen waarover u het ouderlijk gezag uitoefent, evenals voor de verwerking van de andere gevoelige gegevens bedoeld in artikel 9 GDPR en dit, wanneer zij noodzakelijk zijn voor het sluiten van de verzekeringsovereenkomst, voor het beheer ervan, voor het beheer van de schadegevallen waarbij u of uw kinderen zijn betrokken, alsook voor de strijd tegen verzekeringsfraude. U geeft eveneens uw toestemming voor een eenzijdig medisch onderzoek bij een schadegeval.

Deze gegevens zullen met de grootst mogelijke discretie worden verwerkt en uitsluitend door hiertoe geautoriseerde personen. De verplichtingen van Ethias op dit vlak worden gedetailleerd in de clausule « Bescherming van de persoonsgegevens » die u hierna kunt lezen.

Deze toestemming kan op elk ogenblik worden ingetrokken maar dit zal op geen enkele manier de reeds uitgevoerde verwerkingen van gegevens kunnen ongeldig maken. Bovendien kan in dit geval Ethias zich in de onmogelijkheid bevinden om een gevolg te geven aan uw vraag om een contract te sluiten of te worden vergoed voor een schadegeval(len).

Bescherming van de persoonsgegevens

Om de nieuwe GDPR-regelgeving ter bescherming van uw persoonsgegevens toe te passen engageert Ethias zich ten volle tot het respecteren van uw rechten ter zake.

Zo verzamelt Ethias, als verwerkingsverantwoordelijke, uw persoonsgegevens voor de volgende doeleinden: beheer van klantenbestanden, risicobeoordeling, contract- en schadebeheer, promotie- en getrouwheidsacties, tevredenheidsonderzoeken, prospectie en profilering, opstelling van statistieken en actuariële studies, uitoefening van verhaal, klachten- en geschillenbeheer, uitvoering van de geldende wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen en fraudebestrijding.

Ethias verwerkt uw gegevens op basis van de volgende rechtsgronden:

- om te voldoen aan alle wettelijke en bestuursrechtelijke verplichtingen waaraan zij onderworpen is;
- in het kader van de uitvoering van uw overeenkomsten of het nemen van precontractuele maatregelen op uw verzoek;
- voor de behartiging van haar gerechtvaardigde belangen, waaronder in de eerste plaats:
  - de fraudebestrijding;
  - kennis van haar klanten en prospecten, om hen te informeren over haar activiteiten, producten en diensten;
  - de correcte uitvoering van de door haar verzekerden gesloten overeenkomsten;
  - de bescherming van haar eigen belangen en die van haar verzekerden.

  In al deze gevallen ziet Ethias erop toe dat er een billijk evenwicht wordt bewaard tussen deze gerechtvaardigde belangen en het respect voor uw privéleven;
- indien van toepassing, wanneer zij uw toestemming heeft verkregen.

Deze gegevens kunnen zo nodig aan de volgende categorieën van ontvangers worden meegedeeld:

- uw adviseurs (advocaten, deskundigen, raadsgeneesheren, ...);
- de medewerkers en adviseurs van Ethias;
- de andere entiteiten van de groep, hun medewerkers en adviseurs;
- de gegevensverwerkers van welke aard dan ook (IT en anderen), en commerciële partners van Ethias;
- alle dienstverleners die betrokken zijn bij de uitvoering van overeenkomsten en de afwikkeling van schadegevallen;
- banken, verzekerings- en herverzekeringsondernemingen, makelaars en regelingskantoren;
- overheidsinstanties en -organen (politie, justitie, sociale zekerheid, ...);
- de toezichthoudende autoriteiten en de Ombudsman van de Verzekeringen.

Ons Privacycharter geeft u meer gedetailleerde informatie over de ontvangers in kwestie.

Ethias bewaart uw persoonsgegevens slechts voor de tijd die nodig is voor de verwerking waarvoor ze werden verzameld. Dit houdt in dat de verwerkte gegevens worden bewaard gedurende de gehele looptijd van uw verzekeringsovereenkomst(en), van de schadegeval(len), de wettelijke verjaringstermijn en eventuele andere bewaartermijnen die door toepasselijke wet- en regelgeving worden opgelegd. De bewaartermijn varieert naargelang de aard van de gegevens en de regelgeving.

U hebt toegang tot uw persoonsgegevens en kunt deze laten verbeteren door middel van een gedateerd en ondertekend verzoek, vergezeld van een recto-verso kopie van uw identiteitskaart, gericht aan:

Ethias
Data Protection Officer
Rue des Croisiers 24
4000 Luik
DPO@ethias.be

U kunt zich te allen tijde kosteloos verzetten tegen het gebruik van uw gegevens voor commerciële prospectie en/of direct marketing.

Bovendien biedt de GDPR-verordening u, in bepaalde zeer specifieke gevallen, de mogelijkheid om een beperking van de verwerking te vragen, een kopie van uw gegevens te krijgen (recht op overdraagbaarheid) en te vragen om de gegevens te wissen. Dit recht om gegevens te wissen is echter niet absoluut. Voor meer informatie over de uitoefening van uw rechten verwijzen wij u naar het Privacycharter dat beschikbaar is op de website www.ethias.be. Iedere klacht kan tot slot worden gericht aan:

Gegevensbeschermingsautoriteit
Drukpersstraat 35
1000 Brussel
Tel.: +32 2 274 48 00
E-mail: commission@privacycommission.be

Opgemaakt te op

Handtekening van het personeelslid

Stempel en datum van de verzekeringsnemer

Weigering om toe te treden tot een hospitalisatieverzekering

De werknemer, …… *(naam invullen)*, verklaart hierbij uitdrukkelijk dat hij niet wenst toe te treden - op eigen initiatief en zonder enige dwang of beïnvloeding vanwege de werkgever - tot de collectieve hospitalisatieverzekering afgesloten door de werkgever bij ETHIAS.

De werknemer verklaart hierbij ook dat hij afziet van alle voordelen die deze verzekering biedt en dat hij de werkgever niet zal aanspreken voor welke vergoeding dan ook van schade die zou kunnen voortvloeien uit de niet-aansluiting.

Reden van weigering:

- ik heb reeds een hospitalisatieverzekering bij ……..
- andere reden:…….

…….…… (datum invullen)
…….…… (naam werknemer)
…….…… (handtekening werknemer)

Refus d'affiliation à l'assurance hospitalisation

Le travailleur ……..…….. (compléter le nom), déclare explicitement par la présente qu'il ne souhaite pas s'affilier – de sa propre initiative et sans aucune contraite ou influence de l'employeur – à l'assurance hospitalisation collective conclue par l'employeur auprès de la société ETHIAS.

Le travailleur déclare aussi par la présente qu'il renonce à tout avantage qu'offre cette assurance et qu'il ne s'adressera pas à l'employeur pour quelque indemnisation ou dommage que ce soit pouvant résulter de la non-affiliation.

Motif du refus :

- j'ai déjà une assurance hospitalisation chez……..……
- Autre motif :…….

..... (remplir date)
..... (nom employé)
…..... (signature employé)

COLLECTIEVE VERZEKERING HOSPITALISATIE

WIJZIGINGEN – BEËINDIGING AANSLUITING

Naam van de verzekeringnemer : NV ICI PARIS XL (85900310)

Naam van de verzekerde : **----------**

Wijziging / beëidiging vanaf : **---------/---------/----------**

NIEUWE AANSLUITINGEN

Echtgeno(o)t(e) / Partner:

Naam	Voornaam	Geslacht	Geboortedatum
		☐ M / ☐ V	

Kinderen:

Naam	Voornaam	Geslacht	Geboortedatum
		☐ M / ☐ V	
		☐ M / ☐ V	
		☐ M / ☐ V	
		☐ M / ☐ V	

BANKREKENINGNR : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

BEEINDIGING VAN DE DEKKING

☐ Hoofdaangeslotenen (+ gezinsleden)
Reden van beëindiging : ☐ UIT DIENST ☐ OVERLEDEN Datum : ------/------/------

☐ Echtgeno(o)t(e) / partner / kinderen

Reden van beëindiging: ☐ Overleden ☐ Kind niet meer ten laste ☐ Scheiding ☐ Andere

☐ Andere hospitalisatieverzekering : polisnummer, maatschappij : ----------

Naam	Voornaam

HANDTEKENING

De bovenstaande gegevens worden echt verklaard.

Datum: ---------/----------/--------
Handtekening personeelslid