

ASSURANCE DE GROUPE (AVEC CHOIX)

DOCUMENT D'AFFILIATION

Nom Employeur :
Numéro de groupe : BCVR

Sexe : M F
Statut social : Salarié Indépendant
Officiële taal: Français Néerlandais

A compléter par le membre du personnel (en majuscules svp)

Nom :
(nom de jeune fille pour les femmes)
Prénom(s) :
Rue :
N°/Boîte :
Code postal/Localité :
Date de naissance : / /
N° de registre national :
Adresse e-mail :

Etat civil

Célibataire
 Marié(e) depuis le : / /
 Co-habitant(e) légal(e) depuis le : / /
 Co-habitant(e) de fait depuis le : / /
 Co-habitant(e) de fait depuis le : / /
 Séparé(e) de fait depuis le : / /
 Séparé(e) de corps depuis le : / /
 Veuf(ve) depuis le : / /

Composition de famille

Partenaire

Nom (nom de jeune fille pour les femmes)	Prénom	Date de naissance	Sexe	Allocations familiales et/ou à charge
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Enfant(s)

Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe	Allocations familiales et/ou à charge
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

- Le membre du personnel déclare d'accepter et s'engage à respecter le règlement d'assurance de groupe instauré par l'Employeur en faveur de son personnel.
- En cas de décès du membre du personnel, les bénéficiaires sont ceux indiqués dans le règlement d'assurance de groupe. Si vous désirez modifier la clause d'attribution bénéficiaire, veuillez nous compléter le document « Modification de bénéficiaires » et le joindre au présent document.

- Les contrats d'assurance seront établis sur la base du présent document d'affiliation et des dispositions du règlement d'assurance de groupe.
- L'Entreprise d'Assurances se réserve le droit de subordonner l'affiliation au résultat de formalités médicales favorable reconnu par elle.

Choix des garanties

Compléter uniquement les garanties pour lesquelles, en application du règlement d'assurance de groupe, un choix est possible. Au cas où pour une garantie prévue au règlement aucun choix n'a été exprimé ou un choix non valable, le choix standard tel que défini par le règlement sera d'application.

Garantie « Capital décès »

- Choix standard (Le choix standard est défini par le règlement.)
- Choix libre : fois la rémunération de référence annuelle (cfr. règlement)
- Je ne souhaite pas de garantie « Capital décès »

Garantie « Capital décès accidentel supplémentaire »

- Choix standard (Le choix standard est défini par le règlement.)
- Choix libre : fois le capital décès garanti

Waarborg « Arbeidsongeschiktheid »

- Choix standard (Le choix standard est défini par le règlement.)
- Je ne souhaite pas de garantie « Incapacité de travail »
- Choix libre :
- 0% T1 + 60% T2 (et 60% T3 en cas d'accident du travail³)
 - 5% T1 + 65% T2 (et 65% T3 en cas d'accident du travail³)
 - 15% T1 + 75% T2 (et 75% T3 en cas d'accident du travail³)
 - 20% T1 + 80% T2 (et 80% T3 en cas d'accident du travail³)

T1 = la rémunération de référence limitée au plafond de rémunération A.M.I.¹

T2 = la tranche de la rémunération de référence excédant le plafond A.M.I.

T3 = la tranche de la rémunération de référence excédant le plafond A.T.²

¹A.M.I. : Assurance Maladie-Invalidité

²A.T. : Accidents du Travail

³Accident du travail : si prévu au règlement

La rente est indexée de 0% 1% 3%

A compléter par l'Employeur

Date d'entrée en service : / /

Date d'affiliation : / /

Période d'essai : Oui Non

Si oui, date fin : / /

Rémunération mensuelle réelle de référence : euro

Régime de travail : %

Catégorie de personnel :

Matricule :

L'Employeur certifie que le membre du personnel est effectivement au travail à la date du présent document d'affiliation. Il certifie également l'exactitude des données relatives à la situation familiale et à l'adresse complète du membre du personnel.

Protection des données personnelles

Allianz Benelux collecte des données personnelles pour créer, gérer et exécuter les contrats d'assurances. Nous utilisons ces données dans le cadre

de la relation commerciale avec nos clients et partenaires, pour surveiller l'évolution du portefeuille et prévenir les abus et les fraudes à l'assurance. Les données personnelles sont traitées conformément à la législation sur la protection des données personnelles et aux législations applicables aux assurances. Elles sont partagées avec les membres de notre personnel et des partenaires (réassureurs, experts, autres sociétés du groupe Allianz,..) qui en ont nécessairement besoin dans le cadre de leur fonction ou de leur mission, ainsi qu'avec des autorités nationales ou internationales. En cas de transferts des données et quel que soit le lieu où elles se trouvent, nous appliquons des règles de protection contraignantes approuvées par les autorités. Vos données sont conservées aussi longtemps qu'elles sont nécessaires à l'exécution du contrat d'assurance, en ce compris les délais légaux de prescription. En fournissant les données médicales destinées à la gestion de votre contrat ou de votre sinistre et en signant le présent questionnaire, vous donnez expressément votre accord au traitement de ces données lors de la gestion de votre contrat ou de votre sinistre. Vous avez le droit de prendre connaissance, de faire corriger ou éventuellement supprimer vos données personnelles. Vous pouvez adresser vos questions à notre Data Privacy Officer, en joignant une copie recto-verso de votre carte d'identité, soit par courriel à l'adresse privacy@allianz.be soit par courrier à Allianz Benelux SA, Service Juridique et Compliance/Protection des données, Blvd du Roi Albert II 32 à 1000 Bruxelles. Vous pouvez aussi vous adresser à l'Autorité de Contrôle des Traitements de données à caractère personnel, rue de la Presse 35, 1000 Bruxelles, ou www.privacycommission.be. Plus d'explication sur notre politique de protection des données personnelles vous sont fournies sur notre site web à l'adresse <https://allianz.be/personnelles>.

Fait à le / /

Nom, prénom et signature du membre du personnel

Nom, prénom et signature de l'employeur

Veillez renvoyer le document dûment complété et signé à Allianz Benelux sa

Employee Servicing, Blvd du Roi Albert II 32 – 1000 Bruxelles

E-mail: EmployeeServicing@allianz.be **et en garder une copie**

