

# CONTRAT D'ASSURANCE MALADIE LIÉE À L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

## 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 :   
Adresse e-mail :   
Date de naissance :  /  /   
N° de registre national :

### 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

\*Conformément aux conditions particulières de la convention d'assurance l'activité professionnelle "Soins de Santé" souscrite par l'Employeur.

L'Entreprise d'Assurances se réserve le droit de subordonner l'affiliation au résultat de formalités médicales favorable reconnu par elle.

**A compléter par l'Employeur**

Date d'entrée en service :  /  /

Date d'affiliation :  /  /

Période d'essai :  Oui  Non

Si oui, date fin :  
du  /  /  au  /  /

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. 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](mailto: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](http://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 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](mailto:EmployeeServicing@allianz.be) **et en garder une copie**

