

## Assurance hospitalisation collective : renseignements complémentaires

### Assurance de groupe (Health Care)

CONFIDENTIEL



Ce questionnaire est personnel et confidentiel.

- Veuillez par conséquent toujours compléter et signer vous-même ce document.
- Renvoyez le formulaire rempli par courrier postal ou via mail au service médical d'AG.

Vous pouvez également compléter les données des membres de votre famille à affilier dans le même document. Chaque membre de la famille est naturellement libre d'utiliser un formulaire séparé.

L'acceptation de votre affiliation se base sur ce questionnaire. Afin d'accélérer le traitement de votre demande, complétez-le de préférence par voie digitale. Vous préférez utiliser la version papier ? Pour une meilleure lisibilité, complétez le formulaire en lettres majuscules.

### 1) Données personnelles

#### Employeur

Nom de l'employeur : ..... Numéro de groupe : .....

#### Données du membre du personnel (titulaire)

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe:  H  F Date de naissance : ..... / ..... / .....

Rue : ..... N° : ..... Bte : .....

Code postal : ..... Localité : .....

Adresse e-mail : .....

Numéro de téléphone : .....

Date d'entrée en service : ..... / ..... / .....

### 2) Composition de ménage

[si l'affiliation à l'assurance est souhaitée]

Nom du/de la partenaire : ..... Prénom du/de la partenaire : .....

Sexe:  H  F Date de naissance : ..... / ..... / .....

Date du mariage ou de la cohabitation avec domiciliation à la même adresse : ..... / ..... / .....

#### Enfants:

	Nom et prénom	Sexe	Date de naissance	Allocations familiales
1 <sup>er</sup> enfant :	.....	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2 <sup>e</sup> enfant :	.....	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3 <sup>e</sup> enfant :	.....	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4 <sup>e</sup> enfant :	.....	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5 <sup>e</sup> enfant :	.....	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

### 3) Questionnaire médical

Les personnes à affilier sont-elles toutes en bonne santé ?  Oui  Non

Si vous avez répondu 'Non' :

Nom de la personne à affilier	Nature des maladies ou lésions	Date des premiers symptômes	Traitement prescrit
		..... / ..... / .....	
		..... / ..... / .....	
		..... / ..... / .....	

Une des personnes à affilier a-t-elle eu un accident avec lésions ou consulté un spécialiste au cours des 5 dernières années ?

Oui  Non

Si vous avez répondu 'Oui' :

Nom de la personne à affilier	Nature des maladies ou lésions	Date de l'accident ou de la consultation	Traitement suivi ou à suivre et durée de celui-ci
		..... / ..... / .....	
		..... / ..... / .....	
		..... / ..... / .....	

Une des personnes à affilier a-t-elle été hospitalisée au cours des 10 dernières années ?  Oui  Non

Si vous avez répondu 'Oui' :

Nom de la personne à affilier	Nature des maladies ou lésions	Date et durée de l'hospitalisation	Degré d'invalidité éventuel
		..... / ..... / .....	
		..... / ..... / .....	
		..... / ..... / .....	

Une naissance est-elle attendue dans la famille ?  Oui  Non

Si oui, quand ? ..... / ..... / .....

**Veillez indiquer la taille, le poids et la tension artérielle des personnes à assurer**

Taille [cm]

Poids [kg]

Tension artérielle [tension maximale/tension minimale]

Membre du personnel : .....

Partenaire : .....

1<sup>er</sup> enfant : .....

2<sup>e</sup> enfant : .....

3<sup>e</sup> enfant : .....

4<sup>e</sup> enfant : .....

5<sup>e</sup> enfant : .....

## 4) Important

---

Je, soussigné, déclare consentir expressément au traitement des données à caractère personnel concernant ma santé par AG et par mes mandataires dans le cadre de la description du risque et/ou du traitement du sinistre, y compris l'établissement de statistiques. AG est responsable du traitement de ces données et, à ce titre, s'engage à respecter les obligations découlant de la législation applicable relative à la protection de la vie privée.

J'ai été informé de mon droit de retirer à tout moment mon consentement au traitement de données à caractère personnel concernant ma santé. Je reconnais que dans ce cas, AG se trouverait dans l'impossibilité d'exécuter la relation contractuelle.

**Je, soussigné, déclare :**

- + conserver une copie de ce formulaire ;
- + avoir pris connaissance des conditions générales de l'assurance hospitalisation collective ;
- + avoir pris connaissance du document d'information sur la dernière page de ce formulaire.

Établi à ..... le ..... / ..... / .....

Signature du membre du personnel :

Signature des personnes [majeures] assurées :

## Que devez-vous faire de ce document ?

**Renvoyez le formulaire complété à :**

- + AG  
Service médical Health Care – 1JQ5B  
E. Boulevard E. Jacquain 53, 1000 Bruxelles  
OU
- + [hc-underwriting@aginsurance.be](mailto:hc-underwriting@aginsurance.be)

## Des questions ?

Nous sommes à votre disposition pour y répondre.

**Par téléphone ou par e-mail :**

- + 02 664 12 04 [8 h - 16 h 45]
- + [hc-underwriting@aginsurance.be](mailto:hc-underwriting@aginsurance.be)

## Information relative à la protection de la vie privée

AG et l'employeur attachent une importance particulière à la protection des données à caractère personnel et les traitent avec le plus grand soin conformément aux dispositions de la législation applicable sur la protection de la vie privée, de la Notice Vie Privée d'AG [disponible sur [www.aginsurance.be](http://www.aginsurance.be)] et/ou de la politique en matière de protection de la vie privée de l'employeur.

### Finalités du traitement

L'employeur a octroyé à ses collaborateurs une assurance maladie liée à l'activité professionnelle. Pour ce faire, l'employeur a souscrit une assurance auprès d'AG et a transmis des données à caractère personnel à AG en vue de l'exécution de ce contrat. Tant l'employeur qu'AG sont responsables de traitement.

AG et/ou l'employeur peuvent traiter les données à caractère personnel obtenues pour les finalités suivantes :

- la gestion de l'assurance maladie liée à l'activité professionnelle sur base de l'exécution du contrat ;
- le respect des obligations légales et réglementaires, telles que les obligations fiscales ou la prévention du blanchiment de capitaux, et ce, en vertu d'une disposition légale ;
- la gestion du fichier des personnes dans le cadre de l'exécution du contrat d'assurance ;
- l'établissement de statistiques, la détection et la prévention d'abus et de fraude, la constitution de preuves, la sécurité des biens, des personnes, des réseaux et des systèmes informatiques d'AG, l'optimisation des processus [par exemple processus d'évaluation et d'acceptation du risque], et ce, sur base de l'intérêt légitime d'AG ;
- la fourniture de conseils, par exemple quant aux options à la mise à la retraite, et ce, sur base de l'intérêt légitime d'AG, à moins que la personne concernée ne s'y oppose ;
- la prospection, et ce, sur base de l'intérêt légitime d'AG, à moins que la personne concernée ne s'y oppose.

Pour la poursuite de ces finalités, AG peut recevoir des données à caractère personnel de la personne concernée elle-même ou de tiers. Le cas échéant, ces finalités de traitement peuvent être basées sur le consentement de la personne concernée.

### Catégories de données à caractère personnel traitées et destinataires possibles

AG peut traiter les catégories de données à caractère personnel suivantes : données d'identification et de contact, données financières, caractéristiques personnelles, données relatives à la santé, à la profession et à l'emploi, aux habitudes de vie, à la composition du ménage, aux situations à risque et aux comportements à risque, données judiciaires.

Si les finalités précitées le requièrent et en conformité avec la législation sur la protection de la vie privée, AG peut communiquer ces données à caractère personnel à d'autres entreprises d'assurance intervenantes, à leurs représentants en Belgique, à leurs correspondants à l'étranger, aux entreprises de réassurance concernées, à un expert, à un avocat, à un conseiller technique, à un intermédiaire d'assurances ou à un sous-traitant. AG peut également transmettre ces données à toute autre personne ou instance en vertu d'une obligation légale ou d'une décision administrative ou judiciaire, ou si un intérêt légitime le justifie.

AG est susceptible de transmettre les données à caractère personnel en dehors de l'Espace économique européen [EEE] dans un pays qui peut, le cas échéant, ne pas assurer un niveau de protection adéquat des données à caractère personnel. Dans ce cas, AG protège toutefois les données en renforçant davantage la sécurité informatique et en exigeant contractuellement un niveau de sécurité renforcé de la part de ses contreparties internationales.

### Données relatives à la santé

Lorsque, dans le cadre de la description du risque ou du traitement du sinistre, la personne concernée confie des données relatives à sa santé à AG, cette dernière veille à ce que ces données soient traitées moyennant le consentement explicite de la personne concernée, dans la poursuite de la finalité consentie. La personne concernée peut à tout moment retirer son consentement relatif au traitement des données à caractère personnel concernant sa santé. Dans ce cas, elle reconnaît qu'AG ne peut pas donner suite à sa demande d'intervention et/ou ne peut pas exécuter la relation contractuelle.

### Droits de la personne concernée

Dans les limites fixées par la législation :

- la personne concernée a le droit de prendre connaissance de ses données, le cas échéant, de les faire rectifier, et d'en demander la communication à des tiers ;
- la personne concernée a le droit de s'opposer au traitement de ses données, de demander la limitation du traitement de ses données et de demander leur effacement. Dans ces cas, AG pourrait se trouver dans l'impossibilité d'exécuter la relation contractuelle.

À cette fin, la personne concernée peut adresser une demande datée et signée au Data Protection Officer [« DPO »] d'AG, accompagnée d'une photocopie recto verso de sa carte d'identité, ou s'adresser à son employeur via les canaux usuels de l'employeur.

La personne concernée peut contacter le Data Protection Officer d'AG aux adresses suivantes :

Par courrier : AG – Data Protection Officer  
Boulevard Emile Jacqmain 53, 1000 Bruxelles

Ou par e-mail : [AG\\_DPO@aginsurance.be](mailto:AG_DPO@aginsurance.be)

Une réclamation peut le cas échéant être introduite auprès de l'Autorité de protection des données.

Plus d'informations relatives à la manière dont AG protège les données à caractère personnel et à l'exercice des droits des personnes concernées se trouvent dans la Notice Vie Privée d'AG, disponible sur [www.aginsurance.be](http://www.aginsurance.be).

