

Kollektive Krankenhausversicherung - Zusätzliche Informationen

Gruppenversicherung (Health Care)

VERTRAULICH



Der vorliegende Fragebogen ist persönlich und vertraulich.

- Deswegen bitten wir Sie, dieses Formular selbst auszufüllen und zu unterzeichnen.
- Schicken Sie das ausgefüllte Formel per Post oder per Mail an die ärztliche Dienststelle der AG.

Zur Vereinfachung des Verfahrens können Sie auch die Daten der zu versichernden Familienmitglieder mit dem vorliegenden Formular mitteilen. Jedes Familienmitglied kann jedoch ein separates Formular ausfüllen.

Die Akzeptierung Ihres Antrags wird auf der Grundlage dieses Fragebogens erfolgen. Füllen Sie dieses Dokument vorzugsweise online aus, u.z. um die Verarbeitung Ihres Antrags zu beschleunigen. Bevorzugen Sie ein Papierformular? Aus Gründen der besseren Lesbarkeit bitten wir Sie, es in Großbuchstaben auszufüllen.

1) Persönliche Daten

Arbeitgeber

Name des Arbeitgebers: Gruppennummer:

Daten des Personalmitglieds (Inhaber)

Name: Vorname:

Geschlecht: M W Geburtsdatum: / /

Straße: N°: Bfk:

PLZ: Ort:

E-Mail-Adresse:

Telefonnummer:

Datum des Dienstantritts: / /

2) Zusammenstellung der Familie

[falls der Beitritt zu der Versicherung gewünscht ist]

Name des Partners: Vorname des Partners:

Geschlecht: M W Geburtsdatum: / /

Heiratsdatum bzw. Anfangsdatum des gemeinsamen Wohnens mit Domizilierung an derselben Adresse: / /

Kinder:

	Name und Vorname	Geschlecht	Geburtsdatum	Kindergeld
1. Kind:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W / /	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2. Kind:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W / /	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3. Kind:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W / /	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4. Kind:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W / /	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
5. Kind:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W / /	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

3) Gesundheitsfragebogen

Sind die zu versichernden Personen bei guter Gesundheit? Ja Nein

Wenn nein:

Name der zu versichernden Person	Art der Erkrankung oder Verletzung	Datum der ersten Symptome	Verordnete Behandlung
	 / /	
	 / /	
	 / /	

Haben bestimmte zu versichernde Personen in den letzten 5 Jahren einen Facharzt konsultiert oder einen Unfall mit Verletzungen gehabt?

Ja Nein

Wenn ja:

Name der zu versichernden Person	Art der Erkrankung oder Verletzung	Datum des Unfalls bzw. der Konsultation	Behandlungen, die verordnet wurden oder die sie sich unterzogen haben und deren Dauer
	 / /	
	 / /	
	 / /	

Sind bestimmte zu versichernde Personen in den letzten 10 Jahren hospitalisiert worden? Ja Nein

Wenn ja:

Name der zu versichernden Person	Art der Erkrankung oder Verletzung	Zeitpunkt und Dauer der Krankenhausaufnahme	Eventueller Invaliditätsgrad
	 / /	
	 / /	
	 / /	

Wird ein Kind erwartet? Ja Nein

Wenn ja, wann? / /

Geben Sie bitte die Körpergröße, das Gewicht und den Blutdruck der zu versichernden Personen an

Körpergröße [cm]

Gewicht [kg]

Blutdruck (systolisch/diastolisch)

Personalmitglied:

Partner:

1. Kind:

2. Kind:

3. Kind:

4. Kind:

5. Kind:

4) Wichtig

Ich, der Unterzeichnete, stimme ausdrücklich der Verarbeitung meiner personenbezogenen Gesundheitsdaten durch AG und durch meine Beauftragten im Rahmen der Beschreibung des Risikos und/oder der Schadensabwicklung, inkl. der Erstellung von Statistiken zu. AG ist verantwortlich für die Verarbeitung und verpflichtet sich, den Verpflichtungen nachzukommen, die sich aus der anwendbaren Gesetzgebung ergeben.

Ich wurde über mein Recht informiert, dass ich jederzeit meine Zustimmung für die Verarbeitung meiner personenbezogenen Gesundheitsdaten zurückziehen kann. Ich erkenne an, dass AG in diesem Fall Insurance die vertragliche Beziehung möglicherweise nicht erfüllen kann.

Ich, der Unterzeichnete, erkläre, dass ich:

- + eine Kopie dieses Formular aufbewahrt habe;
- + die Allgemeinen Bedingungen der kollektiven Krankenhausversicherung zur Kenntnis genommen habe;
- + die auf der letzten Seite des Formulars angegebenen Informationen zur Kenntnis genommen habe.

Ausgefertigtam / /

Unterschrift des Personalmitglieds:

Unterschrift der versicherten [volljährigen] Personen:

Was müssen Sie mit diesem Formular tun?

Senden Sie das ausgefüllte Formular an:

- + AG
Ärztliche Dienststelle Health Care – 1JQ5B
Bd E. Jacquain 53, 1000 Brüssel
ODER
- + hc-underwriting@aginsurance.be

Haben Sie Fragen?

Für nähere Einzelheiten können Sie jederzeit mit uns Kontakt aufnehmen:

- + Tel.: 02 664 12 04 (8.00 – 16.45)
- + E-Mail: hc-underwriting@aginsurance.be

Informationen bezüglich des Schutzes des Privatlebens

Für AG und den Arbeitgeber – als Verantwortliche für die Verarbeitung – sind der Schutz personenbezogener Daten und deren sorgfältige Verarbeitung gemäß den geltenden Datenschutzbestimmungen, der Datenschutzerklärung der AG (www.aginsurance.be) und/oder der geltenden Datenschutzpolitik des Arbeitgebers maßgebend.

Verarbeitungszweck

Der Arbeitgeber bietet seinen Arbeitgebern eine berufsgebundene Krankenversicherung. In diesem Rahmen hat der Arbeitgeber eine Versicherung bei AG abgeschlossen und hinsichtlich des Abschlusses und/oder der Ausführung dieser Versicherung personenbezogene Daten an die AG weitergegeben. Sowohl der Arbeitgeber als AG sind für die Verarbeitung verantwortlich.

Die erhaltenen personenbezogenen Daten können von der AG und/oder dem Arbeitgeber für folgende Zwecke verarbeitet werden:

- die Verwaltung der berufsgebundenen Krankenversicherung auf der Grundlage der Ausführung des Vertrages;
- die Erfüllung gesetzlicher Vorschriften, wie Steuervorschriften oder die Vermeidung von Geldwäsche, auf der Grundlage einer gesetzlichen Bestimmung;
- die Verwaltung des Personenbestands zur Ausführung des Vertrags;
- die Erstellung von Statistiken, die Erfassung und Vorbeugung von Missbrauch und Betrug, die Sammlung von Beweisen, die Sicherung von Gütern, Personen, IT-Netzwerken und -Systemen der AG und die Optimierung von Prozessen (beispielsweise bezüglich der Evaluierung und Akzeptanz von Risiken) auf der Grundlage eines berechtigten Interesses der AG;
- die Beratung, z.B. im Rahmen des Pensionsaufbaus und der Optionen bei der Pensionierung auf der Grundlage eines berechtigten Interesses der AG, es sei denn, die betroffene Person sich dagegen widersetzt;
- die Kundenwerbung auf der Grundlage der im Rahmen der berufsgebundenen Krankenversicherung erhaltenen Daten, u.z. auf der Grundlage eines berechtigten Interesses der AG, es sei denn, die betroffene Person sich dagegen widersetzt.

Um diese Zwecke zu erfüllen, kann die AG auch personenbezogene Daten vom Betroffenen selbst oder Dritten erhalten.

In bestimmten Fällen können Ihre Daten auch mit Ihrer Zustimmung verarbeitet werden.

Kategorien von verarbeiteten Personendaten und mögliche Empfänger

Die folgenden Kategorien von personenbezogenen Daten können von der AG verarbeitet werden: Identifikations- und Kontaktdaten, finanzielle Daten, persönliche Merkmale, Gesundheitsdaten, Berufs- und Beschäftigungsdaten sowie Daten zu den Lebensgewohnheiten, zur Familienzusammensetzung, zu Risikosituationen und zum Risikoverhalten, gerichtliche Daten.

Diese Daten können gegebenenfalls anderen beitretenden Versicherungsgesellschaften, ihren Vertretern in Belgien, ihren Kontaktstellen im Ausland, den beteiligten Rückversicherern, Schadensregulierungsbüros, Sachverständigen, Rechtsanwälten, technischen Beratern, Ihrem Versicherungsvermittler oder einem Zulieferer mitgeteilt werden. Darüber hinaus können die Daten im Rahmen einer gesetzlichen Verpflichtung oder eines Verwaltungs- oder Gerichtsbeschlusses - bzw. wenn es ein berechtigtes Interesse gibt - jeder anderen Person oder Instanz mitgeteilt werden.

AG kann Ihre Daten in ein Land außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übertragen, das keinen angemessenen Schutz von personenbezogenen Daten gewährleistet. In diesem Fall erhöht AG die IT-Sicherheit und verlangt sie vertraglich ein erhöhtes Sicherheitsniveau von ihren internationalen Gegenparteien.

Daten in Bezug auf die Gesundheit

Wenn die betroffene Person im Rahmen der Beschreibung des Risikos oder der Abwicklung eines Schadensfalls ihre Gesundheit der AG anvertraut, wacht die AG darüber, dass diese Gesundheitsdaten zu bestimmten Zwecken mit ausdrücklicher Zustimmung der betroffenen Person verarbeitet werden. Die betroffene Person kann ihre Zustimmung für die Verarbeitung personenbezogener Daten in Sachen Gesundheit zurückziehen. In diesem Fall akzeptiert sie, dass die AG ihrem Antrag auf Versicherungsleistungen nicht nachkommen und/oder die vertragliche Beziehung nicht ausführen kann.

Rechte der betroffenen Person

Innerhalb der gesetzlichen Grenzen:

- ist die betroffene Person berechtigt, Einblick in ihre Daten zu erhalten, um diese gegebenenfalls berichtigen zu lassen bzw. diese an Dritten weiterzuleiten;
- ist die betroffene Person berechtigt, die Verarbeitung ihrer Daten zu verweigern, die Verarbeitung ihrer Daten beschränken zu lassen sowie ihre Daten löschen zu lassen. In diesen Fällen ist es möglich, dass AG die vertragliche Beziehung nicht ausführen kann.

Hierzu kann die betroffene Person einen datierten und unterzeichneten Antrag an den Datenschutzbeauftragten (Data Protection Officer, DPO) der AG richten, zusammen mit einer beidseitigen Kopie seines Personalausweises, oder sich über die üblichen Kanäle an den Arbeitgeber wenden.

Der Datenschutzbeauftragte der AG ist zu erreichen:

Auf dem Postweg: AG – Data Protection Officer
Bd Emile Jacqmain 53, 1000 Brüssel

Oder per E-Mail: AG_DPO@aginsurance.be

Beschwerden können gegebenenfalls bei der Datenschutzbehörde eingereicht werden.

Weitere Informationen über den Schutz personenbezogener Daten bei der AG und die Ausübung seiner Rechte durch den Versicherungsnehmer finden Sie in der Datenschutzerklärung der AG unter www.aginsurance.be.

