

Formulaire "Demande de poursuite individuelle"

Demande de poursuite individuelle de l'assurance maladie liée à l'activité professionnelle

Si vous souhaitez exercer le droit à la poursuite individuelle, vous devez renvoyer cette demande dans les 30 jours de la réception de la lettre dans laquelle votre société-employeur vous a informé de ce droit à:

Baloise Insurance
Vie EB
Posthofbrug 16
2600 Antwerpen
Numéro de fax: 03 247 21 77
E-mail: viegestion-eb@baloise.be

Vous avez le droit de prolonger de 30 jours ce délai de 30 jours, à condition que vous nous en informiez par écrit ou par voie électronique.

Données de votre société-employeur

Nom:

Date à laquelle votre société-employeur vous a informé de votre droit à la poursuite individuelle de l'assurance Hospitalisation liée à l'activité professionnelle: / /

Date à laquelle votre société-employeur vous a informé de votre droit à la poursuite individuelle de l'assurance Incapacité de travail liée à l'activité professionnelle: / /

Données de votre (vos) assurance(s) maladie liée(s) à l'activité professionnelle

Référence du contrat de l'assurance Hospitalisation liée à l'activité professionnelle:

Référence du contrat de l'assurance Incapacité de travail liée à l'activité professionnelle:

Vos données en tant qu'assuré principal

Nom et prénom:

Rue + numéro + boîte:

Code postal + localité:

Pays:

Numéro de téléphone: / Numéro de fax: / Langue: F N

E-mail:

Etat civil: marié(e) célibataire divorcé(e) veuf/veuve

cohabitant de fait cohabitant légal

Date de la perte de l'(des) assurance(s) maladie liée(s) à l'activité professionnelle: / /

Motif de la perte de l'(des) assurance(s) maladie liée(s) à l'activité professionnelle:

(pré-)pension démission volontaire/forcée autre:

Nouveau régime de sécurité sociale¹: indépendant-débutant indépendant-non débutant employé ouvrier

fonctionnaire contractuel

Nouvelle profession¹:

Nouveau revenu professionnel¹: employé/ouvrier/fonctionnaire contractuel: rémunération annuelle brute: EUR

indépendant-dirigeant d'entreprise: rémunération annuelle brute: EUR

indépendant qui n'est pas un dirigeant d'entreprise: revenus annuels nets imposables: EUR

Coordonnées de votre intermédiaire²

Nom et prénom:

Rue + numéro + boîte:

Code postal + localité:

¹ A ne compléter que si vous souhaitez poursuivre individuellement l'assurance Incapacité de travail liée à l'activité professionnelle.

² Si, jusqu'à présent, vous n'avez pas d'intermédiaire, vous pouvez en choisir un de votre région via la rubrique "Rechercher un courtier" sur notre site web www.baloise.be.

Votre assurance Hospitalisation

Nous vous prions de bien vouloir nous récapituler vos assurances Hospitalisation (privées ou via une société-employeur) durant les deux dernières années précédant la perte de l'assurance Hospitalisation liée à l'activité professionnelle (à ne compléter que si vous souhaitez poursuivre individuellement cette assurance):

	Début	Fin	Nom de l'assureur	Nom de la société-employeur (si applicable)
1 / / / /		
2 / / / /		
3 / / / /		
4 / / / /		

Veuillez indiquer ci-dessous vos données et les données des membres de votre famille qui étaient affiliés à l'assurance Hospitalisation liée à l'activité professionnelle et qui souhaitent poursuivre individuellement cette assurance:

Famille	Nom + prénom des personnes à assurer	Date de naissance	Sexe
Assuré principal	 / /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Partenaire	 / /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Enfant 1	 / /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Enfant 2	 / /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Enfant 3	 / /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Enfant 4	 / /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Périodicité du paiement de la prime: mensuelle trimestrielle semestrielle annuelle

Votre assurance Incapacité de travail

Nous vous prions de bien vouloir nous récapituler vos assurances Incapacité de travail (privées ou via une société-employeur) durant les deux dernières années précédant la perte de l'assurance Incapacité de travail liée à l'activité professionnelle (à ne compléter que si vous souhaitez poursuivre individuellement cette assurance):

	Début	Fin	Nom de l'assureur	Nom de la société-employeur (si applicable)
1 / / / /		
2 / / / /		
3 / / / /		
4 / / / /		

Veuillez indiquer ci-dessous vos données, si vous souhaitez poursuivre cette assurance individuellement:

Famille	Nom + prénom des personnes à assurer	Date de naissance	Sexe
Assuré principal	 / /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Périodicité du paiement de la prime: mensuelle trimestrielle semestrielle annuelle

Fait à, le / /

Signature du travailleur-dirigeant d'entreprise indépendant,