

# Aanvraag tot de individuele voortzetting van de beroepsgebonden ziekteverzekering

Indien u het recht op de individuele voortzetting wenst uit te oefenen, moet u deze aanvraag **binnen 30 dagen** na ontvangst van het schrijven waarin uw vennootschap-werkgever u op de hoogte bracht van dit recht, **terugsturen** naar:

**Baloise Insurance**  
Leven EB  
Posthofbrug 16  
2600 Antwerpen  
Faxnummer: 03 247 21 77  
E-mail: [levenbeheer-eb@baloise.be](mailto:levenbeheer-eb@baloise.be)

U hebt het recht om deze termijn van 30 dagen met 30 dagen te verlengen op voorwaarde dat u ons daarvan schriftelijk of elektronisch in kennis stelt.

## Gegevens van uw vennootschap-werkgever

Naam: .....

Datum waarop uw vennootschap-werkgever u op de hoogte bracht van uw recht op de individuele voortzetting van de beroepsgebonden hospitalisatieverzekering: ..... / ..... / .....

Datum waarop uw vennootschap-werkgever u op de hoogte bracht van uw recht op de individuele voortzetting van de beroepsgebonden arbeidsongeschiktheidsverzekering: ..... / ..... / .....

## Gegevens van uw beroepsgebonden ziekteverzekering(en)

Contractreferentie beroepsgebonden hospitalisatieverzekering: .....

Contractreferentie beroepsgebonden arbeidsongeschiktheidsverzekering: .....

## Uw gegevens als hoofdverzekerde

Naam en voornaam: .....

Straat + nummer + bus: .....

Postcode + woonplaats: .....

Land: .....

Telefoonnummer: ..... / ..... Faxnummer: ..... / ..... Taal:  N  F

E-mail: .....

Burgerlijke staat:  gehuwd  ongehuwd  gescheiden  weduwe/weduwenaar  
 feitelijk samenwonend  wettelijk samenwonend

Datum van verlies van de beroepsgebonden ziekteverzekering(en): ..... / ..... / .....

Reden van verlies van de beroepsgebonden ziekteverzekering(en):

(brug)pensionering  vrijwillig/gedwongen ontslag  andere: .....

Nieuw stelsel van sociale zekerheid<sup>1</sup>:  zelfstandige/starter  zelfstandige/niet-starter  bediende  arbeider  
 contractueel ambtenaar

Nieuw beroep<sup>1</sup>: .....

Nieuw beroepsinkomen<sup>1</sup>:  bediende/arbeider/contractueel ambtenaar: brutojaarbezoldiging: ..... EUR

zelfstandige bedrijfsleider: brutojaarbezoldiging: ..... EUR

zelfstandige/niet-bedrijfsleider: belastbare jaarinkomsten: ..... EUR

## Gegevens van uw bemiddelaar<sup>2</sup>

Naam en voornaam: .....

Straat + nummer + bus: .....

Postcode + woonplaats: .....

<sup>1</sup> Enkel in te vullen, indien u de beroepsgebonden arbeidsongeschiktheidsverzekering individueel wenst voort te zetten.

<sup>2</sup> Hebt u tot op heden geen bemiddelaar, dan kunt u er één in uw buurt kiezen via de rubriek 'Makelaar zoeken' op onze website [www.baloise.be](http://www.baloise.be).

## Uw hospitalisatieverzekering

Wij verzoeken u vriendelijk ons een overzicht te geven van uw hospitalisatieverzekeringen (privé of via een vennootschap-werkgever) gedurende de laatste twee jaar vóór het verlies van de beroepsgebonden hospitalisatieverzekering (enkel in te vullen, indien u deze verzekering individueel wenst voort te zetten):

	Aanvang	Einde	Naam verzekeraar	Naam vennootschap-werkgever (indien van toepassing)
1	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....		
2	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....		
3	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....		
4	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....		

Gelieve hieronder uw gegevens en de gegevens van uw gezinsleden op te geven die aangesloten waren bij de beroepsgebonden hospitalisatieverzekering en die deze verzekering individueel wensen voort te zetten:

Familie	Naam + voornaam te verzekeren personen	Geboortedatum	Geslacht
Hoofdverzekerde		..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Partner		..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Kind 1		..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Kind 2		..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Kind 3		..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Kind 4		..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V

Periodiciteit premiebetaling:  maandelijks  driemaandelijks  zesmaandelijks  jaarlijks

## Uw arbeidsongeschiktheidsverzekering

Wij verzoeken u vriendelijk ons een overzicht te geven van uw arbeidsongeschiktheidsverzekeringen (privé of via een vennootschap-werkgever) gedurende de laatste twee jaar vóór het verlies van de beroepsgebonden arbeidsongeschiktheidsverzekering (enkel in te vullen, indien u deze verzekering individueel wenst voort te zetten):

	Aanvang	Einde	Naam verzekeraar	Naam vennootschap-werkgever (indien van toepassing)
1	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....		
2	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....		
3	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....		
4	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....		

Gelieve hieronder uw gegevens op te geven, indien u deze verzekering individueel wenst voort te zetten:

Familie	Naam + voornaam te verzekeren persoon	Geboortedatum	Geslacht
Hoofdverzekerde		..... / ..... / .....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V

Periodiciteit premiebetaling:  maandelijks  driemaandelijks  zesmaandelijks  jaarlijks

Gedaan in ....., op ..... / ..... / .....

Handtekening werknemer-zelfstandige bedrijfsleider,