



# Demande d'affiliation

## ASSURANCE GROUPE COMPLEMENTAIRE SANTE

### Informations Assuré titulaire (salarié)

Titre	Nom	Prénom
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de naissance	Sexe	Etat Civil
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	(H/F) <input type="checkbox"/>	(M/C) <input type="checkbox"/>
N° sécurité sociale	Langue parlée	
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	DE <input type="checkbox"/> FR <input type="checkbox"/> GB <input type="checkbox"/>	
Adresse mail		
<input type="text"/>		@ <input type="text"/>
Adresse		
N° rue	<input type="text"/>	
Code postal	<input type="text"/>	
Localité	<input type="text"/>	
Pays	<input type="text"/>	

### Informations complémentaires

IBAN compte bancaire

/ / / /

Code BIC de la banque

Date d'effet du contrat de travail

/ /

Bénéficiez-vous d'une assurance complémentaire Santé ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, nom et adresse de l'organisme :

Avez-vous résilié ce contrat d'assurance ? Non ☐ Oui ☐ en date du : / /

Afin de continuer ma couverture, je souhaite être affilié en date du : **01** / / .

L'affiliation est effective le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la réception par la Compagnie du présent document d'affiliation dûment complété et signé, sous réserve que l'affilié soit âgé de moins de 65 ans.

L'admission à l'assurance peut être subordonnée à une sélection médicale.

Un délai de carence s'applique sauf si la demande d'affiliation parvient à la Compagnie endéans les 60 jours qui suivent la mise en place du contrat. Pour tout salarié engagé ultérieurement s'il s'affilie endéans les 30 jours qui suivent la signature de son contrat de travail.

Tournez la page s.v.p. ↵



d'Assurance / **nei erfannen**

# Demande d'affiliation

## ASSURANCE GROUPE COMPLEMENTAIRE SANTE (Suite)

Nom de l'assuré titulaire

### Coordonnées des Assurés Bénéficiaires (Famille)

Nom et Prénom du conjoint

Date de naissance du conjoint

Sexe

N° sécurité sociale (luxembourgeois, sinon omettre)

Nom et Prénom enfant 1 (si âgé de **plus de 20 ans** merci de joindre un **certificat de scolarité** valide)

Date de naissance

Sexe

N° sécurité sociale (luxembourgeois, sinon omettre)

Nom et Prénom enfant 2

Date de naissance

Sexe

N° sécurité sociale (luxembourgeois, sinon omettre)

Nom et Prénom enfant 3

Date de naissance

Sexe

N° sécurité sociale (luxembourgeois, sinon omettre)

Nom et Prénom enfant 4

Date de naissance

Sexe

N° sécurité sociale (luxembourgeois, sinon omettre)

### Remarques

- L'Affilié et l'Entreprise certifient que les déclarations qui précèdent sont sincères, véritables et complètes dans tous les détails, même si elles ne sont pas écrites de leur main.
- De convention expresses et conformément à la loi du 02/08/2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel, le candidat Preneur du contrat d'assurance l'affilié, ainsi que le ou les assuré(s) autorisent expressément la Compagnie, responsable du traitement, à enregistrer et à traiter l'ensemble des données communiquées, ainsi que celles qui seront recueillies ultérieurement, en vue d'apprécier les risques, de préparer, d'établir, de gérer, d'exécuter le contrat d'assurance, de régler d'éventuels sinistres ou prestations et de prévenir toute fraude. La Compagnie peut cependant communiquer ces données à des tierces personnes, courtiers, agents et autres mandataires, prestataires de service externe pour la gestion des sinistres, assureurs, réassureurs et professionnels du secteur financier, sociétés de son groupe, organismes professionnels concernés ainsi qu'aux organismes auxquels la Compagnie est légalement tenue de communiquer ces données, dans les cas et conformément aux modalités et conditions énoncées à l'article 111-1 de la loi modifiée du 06/12/1991 sur le secteur des assurances consacrant le secret professionnel en matière d'assurances. Les données communiquées à Inter Partner Assistance, co-responsable du traitement pour les données qui lui sont confiées lors des prestations d'assistance, peuvent être traitées par AXA Business Services (<http://www.axa-bs.com/>) dans un but de gestion administrative. Sauf instruction écrite contraire de la part des personnes concernées, les données peuvent être traitées à des fins de prospection commerciale dans la mesure où cet usage spécifique exclut toute divulgation à des personnes tierces par rapport au contrat d'assurance.
- Les personnes concernées disposent d'un droit d'accès et de rectification concernant leurs données. Elles peuvent adresser une demande écrite, datée et signée, accompagnée d'une copie recto verso de leur carte d'identité ou de leur passeport en cours de validité, à l'attention du responsable du traitement.
- La durée de conservation de ces données est limitée à la durée du contrat d'assurance et à la période pendant laquelle la conservation des données est requise pour permettre à la Compagnie de respecter les différents délais de prescription ainsi que toutes obligations légales applicables

Fait le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

L'affilié

L'Entreprise

**NB : L'affilié et l'Entreprise veillent à garder une copie signée de la présente.**