

Demande d'offre de continuation individuelle du Plan médical pour les ouvriers des secteurs Transport et Logistique [sous-commissions paritaires 140.03]

Assurance Collective [Health Care]



Document à compléter par l'employeur

Communication d'informations de l'employeur au travailleur.

Remarque importante : les renseignements ci-dessous doivent être communiqués au membre du personnel assuré, en joignant le présent document au document 'Demande de continuation individuelle du Plan médical pour les secteurs Transport et Logistique', au plus tard 30 jours après la perte du bénéfice du Plan médical.

Données relatives à l'employeur

Nom du secteur :

Date à laquelle le travailleur a été informé de son droit à la continuation à titre individuel d'une police collective : / /

Données relatives au membre du personnel

Nom et prénom :

Rue : N° :

Code Postal : Localité :

Données relatives aux plans

Groupe n° : **M500** S/Groupe n° : N° de contrat :

Information destinée au membre du personnel

Conformément à l'article 208, 210 et 211 de la Loi du 4 avril 2014 sur les assurances, vous avez le droit de continuer à titre individuel et sans nouvelles formalités médicales le contrat d'assurance Maladie collectif. Pour pouvoir bénéficier de ce droit, vous devez avoir été assuré de façon ininterrompue durant les deux dernières années auprès d'un assureur privé.

Il a été mis un terme à l'affiliation à l'assurance Maladie collective en date du: / / (date de sortie de fonction + 6 mois) sauf en cas de réaffectation dans les 6 mois dans le secteur des transports.

Afin de pouvoir continuer cette [ces] assurance[s] collective[s] à titre individuel, il est nécessaire de transmettre, **dans les 30 jours suivant** la réception de la présente, le document ci-joint dûment complété à AG Insurance à l'adresse indiquée.

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

L'employeur communique ces informations conformément à l'article 209 de la Loi du 4 avril 2014 sur les assurances.

Fait à le / /

Signature de l'employeur :

Signature du membre du personnel

