

In te vullen door de werkgever

## Informatieverplichting van werkgever aan werknemer conform artikel 208 van de wet van 4 april 2014 betreffende de Verzekeringen.

Dit document moet ten laatste binnen de 30 dagen na het verlies van het voordeel van de beroepsgebonden arbeidsongeschiktheidsverzekering aan de betrokken werknemer overhandigd worden.

### Gegevens van de werkgever

Naam werkgever \_\_\_\_\_  
Contractnummer \_\_\_\_\_

### Gegevens van de werknemer

Naam en voornaam \_\_\_\_\_

### Relevante data

Datum waarop de werknemer op de hoogte gebracht wordt van het recht op individuele voortzetting van de beroepsgebonden arbeidsongeschiktheidsverzekering: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

De aansluiting bij de bovenvermelde beroepsgebonden arbeidsongeschiktheidsverzekering werd / wordt beëindigd op: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

### Informatie bestemd voor de werknemer

U beschikt over het recht om de beroepsgebonden arbeidsongeschiktheidsverzekering individueel geheel of gedeeltelijk voort te zetten bij verlies van dit voordeel zonder dat u een bijkomend medisch onderzoek moet ondergaan, noch een nieuwe medische vragenlijst moet invullen.

Enige voorwaarde is dat u gedurende de laatste 2 jaar ononderbroken aangesloten moet geweest zijn.

Indien u gebruik wil maken van dit recht op individuele voortzetting, moet u bijgevoegd aanvraagformulier (zie keerzijde) binnen de 30 dagen na ontvangst van deze brief over maken aan:

Employee Benefits  
Desguinlei 92  
B – 2018 Antwerpen (ook voor de contracten beheerd te Brussel)  
Tel: 03/244.66.77  
Fax: 03/244.44.02  
E-mail: [sceb-antwerpen@vivium.be](mailto:sceb-antwerpen@vivium.be)

U hebt het recht om bovenvermelde termijn met 30 dagen te verlengen, op voorwaarde dat u VIVIUM hiervan schriftelijk of elektronisch in kennis stelt.

Opgemaakt in twee exemplaren te \_\_\_\_\_ op \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Handtekening van de werkgever,

Handtekening van de werknemer,

In te vullen door de werknemer

## Uw gegevens

Naam en voornaam \_\_\_\_\_  
Straat & nummer / bus \_\_\_\_\_  
Postcode & woonplaats \_\_\_\_\_  
E-mail adres \_\_\_\_\_  
Geboortedatum \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Nieuw beroep \_\_\_\_\_  
Gelieve uw beroep nauwkeurig te omschrijven:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Nieuw sociaal statuut  loontrekkend  zelfstandig  vrij beroep

## Aanvraag tot individuele voortzetting

Ik wens de op keerzijde vermelde beroepsgebonden arbeidsongeschiktheidsverzekering individueel voort te zetten zonder nieuwe medische formaliteiten voor een jaarlijkse rente van \_\_\_\_\_,00 EUR (maximum de laatst verzekerde rente in de groepsverzekering).

Bent u gedurende de laatste 2 jaar voorafgaand aan het verlies van deze beroepsgebonden waarborg ononderbroken verzekerd geweest bij één of meerdere verzekeraars?  ja  neen

U bezorgt dit aanvraagformulier binnen de 30 dagen nadat u door uw werkgever op de hoogte werd gebracht van het recht op individuele voortzetting aan:

Employee Benefits  
Desguinlei 92  
B – 2018 Antwerpen (ook voor de contracten beheerd te Brussel)  
Tel: 03/244.66.77  
Fax: 03/244.44.02  
E-mail: [sceb-antwerpen@vivium.be](mailto:sceb-antwerpen@vivium.be)

U kan deze termijn met 30 dagen verlengen, op voorwaarde dat u VIVIUM daarvan schriftelijk of elektronisch in kennis stelt. Deze termijn verstrijkt in elk geval 105 dagen na het verlies van het voordeel.

Gedaan te \_\_\_\_\_ op \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Handtekening,