

Aansluitingsformulier

helan

Onafhankelijk
ziekenfonds

Controleer of het formulier correct ingevuld is en onderteken het.
Scan en mail de documenten naar contact@helan.be
of verstuur ze per post naar **Helan Onafhankelijk ziekenfonds, Service Center,**
Boomssteenweg 5, 2610 Wilrijk
Meer informatie? www.helan.be

Agentnummer:

Persoonlijke gegevens (zoals vermeld op de identiteitskaart)	
Naam: _____	Voornaam: _____
Straat: _____	Nr.: _____ Bus: _____
Postcode: _____	Gemeente: _____
Tel.: _____	gsm: _____
Geboortedatum: _____	Nationaliteit: _____
Geslacht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	E-mail: _____
Rijksregisternummer: _____	
Houder van een bijzondere identiteitskaart, afgeleverd door Directie Protocol ¹ <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	

¹ Personen die behoren tot het in België geaccrediteerd personeel van diplomatieke en consulaire missies en als dusdanig houder zijn van een bijzondere identiteitskaart, afgeleverd door de Directie Protocol van de FOD Buitenlandse Zaken, kunnen vanaf 1 september 2013 niet langer ingeschreven worden in de hoedanigheid van 'ingeschrevene in het rijksregister' zoals bedoeld in artikel 32, eerste lid, 15° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Statuut	Startdatum:/..../.....* enkel in te vullen indien recent gestart
<input type="checkbox"/> Loontrekkende	<input type="checkbox"/> Uitkeringsgerechtigde
<input type="checkbox"/> Zelfstandige	<input type="checkbox"/> Andere

Rekeningnummer voor terugbetalingen
Deze gegevens zijn noodzakelijk om vlotte en correcte terugbetalingen van o.a. doktersbriefjes te garanderen.
IBAN: _____

Wijze van betaling	
<input type="checkbox"/> Via maandelijkse domiciliëring	<input type="checkbox"/> Via jaarlijkse overschrijving

Uitkeringen en/of medisch akkoord en/of verhoogde tegemoetkoming	
<input type="checkbox"/> Ik ontvang momenteel een uitkering	<input type="checkbox"/> Ik heb momenteel een medisch akkoord
<input type="checkbox"/> Ik ontvang een verhoogde tegemoetkoming bij terugbetalingen* je code gerechtigde op de kleefzegel eindigt op een 1	

Kleefzegel vorig ziekenfonds



A000411D0000000594066000

Gegevens partner	
Naam & voornaam:	Geslacht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Rijksregisternummer of geboortedatum:	
Partner is persoon ten laste: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	

Gegevens gezinsleden ten laste	
Naam & voornaam:	Geslacht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Rijksregisternummer (of geboortedatum):	Verwantschap ² :
<input type="checkbox"/> Gezinslid met een medisch akkoord	
Naam & voornaam:	Geslacht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Rijksregisternummer (of geboortedatum):	Verwantschap ² :
<input type="checkbox"/> Gezinslid met een medisch akkoord	
Naam & voornaam:	Geslacht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Rijksregisternummer (of geboortedatum):	Verwantschap ² :
<input type="checkbox"/> Gezinslid met een medisch akkoord	
Naam & voornaam:	Geslacht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Rijksregisternummer (of geboortedatum):	Verwantschap ² :
<input type="checkbox"/> Gezinslid met een medisch akkoord	
Naam & voornaam:	Geslacht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Rijksregisternummer (of geboortedatum):	Verwantschap ² :
<input type="checkbox"/> Gezinslid met een medisch akkoord	

² Eén van de opties invullen: echtgeno(o)t(e) en samenwonende/kind/ascendent

Datum: / /

Handtekening:

Ik ben me er van bewust dat de ondertekening van de aanvraag om inschrijving de toetreding tot de statuten van de verzekeringsinstelling tot gevoel heeft

Conform de Europese Verordening 2016/679 van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, informeren wij u dat de persoonsgegevens vermeld in dit formulier tot aanvraag van aansluiting worden verzameld in het kader van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen en in het bijzonder in het kader van onze opdracht van deelname aan de uitvoering van de verplichte verzekering waarvan de verwerkingsver-antwoordelijke de Landsbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen met adres Lenniksebaan 788A te 1070 Brussel is. Helan Onafhankelijk ziekenfonds verzamelt uw persoonsgegevens in het kader van het beheer van de aanvullende verzekering (eveneens in het kader van de wet van 6 augustus 1990) en is in deze materie verwerkingsverantwoordelijke. U heeft het recht om gratis toegang te krijgen tot uw gegevens, onvolledige of onjuiste gegevens te verbeteren, uw toestemming in te trekken, bepaalde verwerkingen te beperken of bezwaar in te dienen, niet toepasselijke gegevens te laten wissen, alsook aan te geven dat u niet het voorwerp wenst uit te maken van een uitsluitend geautomatiseerde individuele besluitvorming. U heeft eveneens het recht om ons de overdracht van bepaalde gegevens naar een ander ziekenfonds te vragen. Voor alle bijkomende inlichtingen, nodigen wij u uit om onze privacy verklaringen te raadplegen of om onze data protection officer te contacteren via www.helan.be/privacy of per brief op volgend adres: Boomsesteenweg 5, 2610 Wilrijk