

Vignette de l'ancienne mutualité

Coordonnées des membres du ménage à charge (à remplir uniquement si ces personnes s'affilient également à la mutualité comme votre personne à charge)

Nom et prénom : Sexe : M F

Numéro de Registre national (ou date de naissance) : Lien de parenté :

Date : / /

Signature :

J'ai conscience que la signature de la demande d'affiliation entraîne l'adhésion aux statuts de l'organisme assureur.

Conformément au règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, nous vous informons que les données personnelles fournies dans ce formulaire de demande d'affiliation sont collectées dans le cadre de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités et, en particulier, dans le cadre de notre mission de participation à l'exécution de l'assurance maladie obligatoire, dont est responsable l'Union Nationale des Mutualités Libre, Route de Lennik 788A à 1070 Bruxelles. Helan Onafhankelijk ziekenfonds collecte vos données à caractère personnel dans le cadre de la gestion de l'assurance complémentaire (et dans celui de la loi du 6 août 1990), et est responsable du traitement en la matière. Vous avez le droit d'accéder gratuitement à vos données, de corriger des données incomplètes ou incorrectes, de retirer votre consentement, de limiter certains traitements ou d'introduire un recours, de faire effacer des données non applicables ou d'indiquer que vous ne souhaitez pas faire l'objet d'une prise de décision individuelle exclusivement automatisée. Vous avez également le droit de nous demander de transférer certaines données à une autre mutualité.

Pour toute information complémentaire, nous vous invitons à consulter nos déclarations de confidentialité ou à contacter notre responsable de la protection des données, sur www.helan.be/privacy ou par courrier à l'adresse : Boomsesteenweg 5, 2610 Wilrijk