Prolongation de la reconnaissance d'aidant proche pour un droit social

Données d'identification d'aidant proche et de la			
Identification aidant proche	a personne aluee		
Nom:	Prénom:		
Rue:	N°:	Boîte :	Index:
Code postal : Localité :		Pays:	
Tel.: Adresse mail*:			
Numéro NISS :			
Numéro d'inscription :		N° mutualité :	
**			
Identification personne aidée			
Nom:	Prénom:		
Rue:	N°:	Boîte :	Index:
Code postal : Localité :		Pays:	
Tel.: Adresse e-mail*:			
Numéro NISS :			
Numéro d'inscription :		Numéro m	utualité :
Déclaration sur l'honneur de la reconnaissance Nous déclarons qu'il existe déjà une reconnaissance en la prolonger. En signant ce formulaire, nous déclarons tous les deux proche pour un droit loi social sont toujours remplies. Je sais qu'une déclaration inexacte ou incomplète ou que l'o	tant qu'aidant procl	ne pour un droit socia	ıl, et nous souhaitons e en tant qu'aidant
renseignements que je suis tenu(e) de fournir peut donner li judiciaire, sans préjudice d'éventuelles récupérations confor m'engage à communiquer toute modification à ma mutualité	eu à des amendes, à mément aux articles .	une sanction administr	ative ou à une poursuite
Je confirme sur l'honneur que ma déclaration est sincère et complète, et que je communiquerai immédiatement tout changement à ce sujet.	et complète	le confirme sur l'honneur que ma déclaration est sincère et complète, et que je communiquerai immédiatement tout changement à ce sujet.	
Date:/	Date :	Date:/	
Signature de l'aidant proche ou de son représentant legal	Signature d légal	Signature de la personne aidée ou de son représentant légal	

Prolongation de la reconnaissance d'aidant proche pour un droit social



Les organismes assureurs collectent et traitent les données à caractère personnel. Nous le faisons pour pouvoir exécuter notre tâche en tant que mutualité, pour gérer votre dossier et pour vous informer de nos services et activités. Vous avez le droit de savoir quelles sont vos données que nous traitons, de demander de corriger ou d'effacer vos données, de vous opposer à des décisions automatisées et d'arrêter le traitement de vos données à des fins de marketing direct. Veuillez consulter notre déclaration de confidentialité sur le site web https://www.mc.be/services-en-ligne/gdpr#/auth/login

Nous traiterons vos données personnelles conformément à la législation belge et européenne applicable en matière de protection de la vie privée, en particulier le règlement RGDP (2016/679) concernant la protection des données personnelles et la libre circulation de ces données. Pour plus d'informations concernant le traitement de vos données personnelles, veuillez consulter notre déclaration de confidentialité sur notre site web https://www.mc.be/disclaimer/politique-confidentialite-mc.

^{*} J'accepte que la Mutualité chrétienne (MC) puisse utiliser mon adresse e-mail pour me contacter dans le cadre de mon dossier personnel (1). Si j'enregistre ou modifie mon adresse e-mail, je recevrai un e-mail de la MC pour des raisons de sécurité afin de confirmer mon adresse e-mail et éventuellement modifier mes préférences de communication. Ce n'est qu'après cette confirmation que la MC utilisera mes préférences.

⁽¹⁾ Dans le cadre des services de la MC, sont concernés: aperçu des prestations en cas d'incapacité de travail; lettres, formulaires et attestations; factures pour le paiement de la cotisation, de la prime d'assurance et d'autres factures dans le cadre de mon dossier personnel(2); informations sur les services et avantages des assurances obligatoires et complémentaires; communications dans le cadre de mon contrat d'assurance(s) facultative(s) MC Assure (Hospi, Dento). Des informations sur ma santé peuvent être exposées dans le cadre de cette communication, je pense à protéger, si nécessaire, l'accès à ma boîte de courrier électronique.

⁽²⁾ Ceci ne s'applique pas si j'ai choisi de recevoir mes documents et/ou mes factures MC sur Doccle.