



Demande de poursuite individuelle incapacité de travail

Vous devez nous faire parvenir ce document dûment complété et signé si, en tant que preneur d'assurance (candidat-assuré), vous souhaitez exercer votre droit à la poursuite individuelle¹.

Vous pouvez nous renvoyer ce document dans les 30 jours suivant la communication de votre droit à la poursuite individuelle.

À compléter par votre courtier

Producteur/compte n° : Dénomination :

Localité : Tél. :

Réf. dossier producteur :

Sales Manager : Site de gestion :

Langue de correspondance : FR NL

TOUTES les données ci-dessous doivent être complétées pour permettre le traitement de votre demande de poursuite individuelle.

Données du preneur d'assurance (candidat-assuré)

Nom : Prénom :

Rue : N° : Boîte :

Code postal : Localité :

Date de naissance : / / Sexe² : M V Langue de correspondance : FR NL

Perte de l'assurance en cas d'incapacité de travail

Numéro du contrat AG pour lequel vous souhaitez exercer votre droit à la poursuite individuelle³ :

Droit à la poursuite individuelle

Avez-vous été assuré de manière ininterrompue durant au moins 2 ans⁴ chez AG en cas d'incapacité de travail⁵ ?

Oui Non

Durant cette période de 2 ans, étiez-vous en outre assuré auprès d'un autre assureur que AG ?

Oui Non

Si oui, veuillez préciser :

	Début	Fin	Assureur	Numéro de police
1 / / / /		
2 / / / /		
3 / / / /		

¹ Si les conditions nécessaires sont remplies.

² Cocher la case concernée.

³ Le numéro de contrat se retrouve sur le document d'information sur la poursuite individuelle que le preneur de l'assurance collective incapacité de travail vous a transmis. Pour pouvoir exercer votre droit à la poursuite individuelle, vous devez remplir les conditions.

⁴ La période de 2 ans doit être considérée comme une période de 2 ans précédant la date de la perte de l'assurance en cas d'incapacité de travail existant chez AG.

⁵ Pour la détermination de la couverture ininterrompue de 2 ans, il faut prendre en compte tant les couvertures individuelles que collectives, que ce soit auprès de AG ou auprès d'autres assureurs.

Païement de prime

Périodicité souhaitée pour le paiement de la prime: Annuelle Semestrielle Trimestrielle Mensuelle

Statut social

Quel est votre statut social actuel ?

Indépendant Salarié Fonctionnaire Autre:

À combien s'élève votre nouveau revenu professionnel annuel brut⁶?EUR

Activité professionnelle

Décrivez le plus précisément possible votre activité professionnelle actuelle (tant principale que complémentaire):

.....
.....

Effectuez-vous un travail manuel? Oui Non

Sports

Pratiquez-vous des sports? Oui Non

Décrivez le plus précisément possible le(s) sport(s) que vous souhaitez assurer:

.....
.....

Je pratique le(s) sport(s) en question: en tant qu'amateur sans compétition

en tant qu'amateur avec compétition

en tant que professionnel

Séjours – voyages

Comptez-vous séjourner à l'étranger pour des raisons professionnelles? Oui Non

Si oui, dans quels pays?

Combien de mois par an?

Pour quel motif?

Autres assurances en cas d'incapacité de travail

Êtes-vous actuellement encore assuré contre l'incapacité de travail par d'autres contrats⁷, soit auprès de AG, soit auprès d'une autre compagnie?

Oui Non

Si oui, à combien s'élève la rente annuelle totale assurée dans ces autres contrats?EUR

⁶ Cette information est nécessaire pour pouvoir calculer la rente maximale assurable.

⁷ En dehors de la rente à assurer par le biais de la poursuite individuelle.

Garanties pour la poursuite individuelle

Conformément à votre droit de poursuivre individuellement, les garanties pour lesquelles nous vous assurons⁸ dans votre contrat individuel Revenu Garanti sont déterminées par les garanties dont vous bénéficiez dans votre assurance en cas d'incapacité de travail, limitées à la nouvelle rente maximale assurable, tenant compte de votre nouveau statut social, de votre nouveau revenu professionnel annuel brut, de vos nouvelles activités professionnelles, des sports à assurer et de vos rentes en cas d'incapacité de travail déjà assurées.

Les données à caractère personnel recueillies au moyen de ce document sont traitées par AG Insurance SA, ayant son siège social à 1000 Bruxelles, Boulevard Emile Jacqmain 53 en tant que responsable du traitement, conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil 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, ainsi qu'à la Notice Vie Privée d'AG sur le site web www.ag.be.

Ces données à caractère personnel sont traitées pour l'exécution et pour la liquidation du contrat lié au présent document ainsi que pour les finalités mentionnées dans la Notice Vie Privée d'AG.

La personne concernée peut exercer ses droits relatifs au traitement de ces données au moyen d'une demande datée et signée accompagnée d'une photocopie recto verso de sa carte d'identité à envoyer par courrier à AG, Data Protection Officer, 1000 Bruxelles, Boulevard Emile Jacqmain 53, ou par email à : AG_DPO@aginsurance.be. Une réclamation peut le cas échéant être introduite auprès de l'Autorité de protection des données.

L'assuré certifie l'exactitude des mentions relatives à son âge, son adresse complète, son statut social, sa profession, sa rémunération, aux sports pratiqués et à l'affiliation durant les deux dernières années à un contrat d'assurance maladie collectif.

Fait à, le / /

Signature du candidat-preneur d'assurance

Cette demande doit être envoyée au Front Office Vie via l'adresse e-mail : life.c.broker@aginsurance.be.

⁸ Si les conditions nécessaires sont remplies.

+32 (0)7 127 61 72

