



# Abänderungserklärung

## Gruppenversicherung

Bitte senden Sie uns das Original ordnungsgemäß ausgefüllt und unterzeichnet zurück und bewahren Sie eine Kopie für Ihre Akte auf.

Gruppe Nr.: ..... Untergruppe Nr.: ..... Vertrags-Nr.: .....

Abänderung mit Wirkung vom: ..... / ..... / .....

Name des Arbeitgebers: .....

Name des Mitglieds [für verheiratete Frauen oder Verwitwete: Mädchenname]: .....

Vorname: ..... Geburtsdatum: ..... / ..... / .....

Anschrift [Straße und Nr.]: .....

Postleitzahl: ..... Ort: .....

### Änderung des Zivilstands des Mitglieds<sup>(\*)</sup>

verheiratet/gesetzlich zusammen wohnend<sup>1</sup>     allein stehend<sup>2</sup>     verwitwet     zusammen wohnend

<sup>1</sup> inkl. „getrennt lebend“ und „getrennt von Tisch und Bett“    <sup>2</sup> inkl. „geschieden“

Familiename des Ehepartners/gesetzlich Zusammenwohnenden: .....

Vorname: ..... Geburtsdatum des Ehepartners/gesetzlich Zusammenwohnenden: ..... / ..... / .....

(\*) Zutreffendes Kästchen ankreuzen.

### Änderung der Anzahl der unterhaltsberechtigten Kinder

Vornamen der Kinder	Geburtsdatum	Todestag	nicht mehr unterhaltsberechtig ab
.....	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....
.....	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....
.....	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....
.....	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....

### Zusätzliche persönliche Einzahlungen

Zeitpunkt des Dienstantritts: ..... / ..... / .....    Anfangsdatum: ..... / ..... / .....

Erlebensfallkapital ..... EUR    Bruttojahreslohn ..... EUR

Todesfallkapital ..... EUR    Betrag der zusätzlichen Einzahlung ..... EUR

**Wichtig: der Arbeitgeber bestätigt die Korrektheit der Auskünfte bezüglich des Zivilstandes und der vollständigen Anschrift des Mitglieds.**

AG – als Verantwortliche für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten – verarbeitet die in dieser Form erhaltenen personenbezogenen Daten im Hinblick auf die Ausführung der zusätzlichen Vorteile, die dem Arbeitgeber oder Sektor seinen Arbeitgebern anbietet (Zusatzpension und/oder berufsgebundene Krankenversicherung) und die durch AG verwaltet werden, die Erfüllung gesetzlicher Vorschriften, wie Steuervorschriften oder die Vermeidung von Geldwäsche und die Erfassung und Vorbeugung von Missbrauch und Betrug. Weitere Informationen über die Verarbeitung der personenbezogenen Daten entnehmen Sie der Datenschutzrichtlinie unter [www.aginsurance.be](http://www.aginsurance.be).

Ausgestellt in: ....., am ..... / ..... / .....

Unterschrift des Arbeitgebers,

