



Déclaration de modification

Assurance de groupe

Veuillez nous renvoyer l'original dûment complété et signé, et en garder une copie.

N° Groupe: N° sous-groupe: N° de contrat:

Date de prise en cours de la modification: / /

Nom de l'employeur:

Nom de l'affilié(e) [pour la femme mariée ou veuve, le nom de jeune fille]:

Prénom: Date de naissance: / /

Adresse [rue et n°]:

Code postal: Localité:

Modification de la situation familiale de l'affilié(*)

marié(e)/cohabitant(e) légal(e)¹ isolé(e)² veuf(ve) cohabitant(e)

¹ Inclus « séparé(e) de fait » et « séparé(e) judiciairement de corps et de biens » ² Inclus « divorcé(e) »

Nom de famille du conjoint/cohabitant(e) légal(e):

Prénom: Date de naissance du conjoint/cohabitant(e) légal(e): / /

(*) cocher la case concernée

Modification du nombre d'enfants à charge

Prénoms des enfants	Date de naissance	Date du décès	Plus à charge à partir du :
..... / / / / / /
..... / / / / / /
..... / / / / / /
..... / / / / / /

Versements complémentaires personnels

Date d'entrée en service: / / Date de prise en cours: / /

Capital vie EUR Rémunération annuelle brute EUR

Capital décès EUR Montant du versement complémentaire EUR

Important : l'employeur certifie l'exactitude des mentions relatives à la situation familiale et à l'adresse complète de l'affilié.

AG traite en tant que responsable du traitement les données à caractère personnel recueillies dans ce document en vue de l'exécution des avantages complémentaires [pension complémentaire et/ou assurance maladie liée à l'activité professionnelle] souscrits par l'employeur ou secteur en faveur de ses collaborateurs et dont la gestion a été confiée à AG, en vue du respect des obligations légales et réglementaires telles que les obligations fiscales ou la prévention du blanchiment de capitaux et en vue de la détection et la prévention d'abus et de fraude. Pour plus d'information concernant le traitement des données à caractère personnel, veuillez consulter notre Notice Vie Privée sur www.aginsurance.be.

Fait à:, le / /

Signature de l'employeur,

