Déclaration de modification des choix personnels

Assurance de groupe - e-volulife

Nom: ..... Prénom: .....

Votre numéro de contrat: .....

Veuillez indiquer les garanties que vous souhaitez réellement modifier en cochant la case prévue à cet effet.

Veuillez effectuer ce choix en tenant compte des limites prévues par le règlement:

1) Il ne sera tenu compte que des garanties prévues par le règlement.
2) Si votre choix porte sur une garantie pour laquelle aucune possibilité de choix n'est prévue, alors votre choix ne sera pas pris en considération.
3) Si pour une garantie prévue dans le règlement, vous exprimez un choix non valable, le choix « par défaut » tel que défini par le règlement sera d'application.

Epargne [1]

Modification de la répartition de l'épargne constituée

☐ Par la présente, je déclare vouloir modifier la répartition de mon épargne constituée conformément aux dispositions du règlement[2]:

Rainbow White .....%

Rainbow Violet .....%

Rainbow Blue .....%

Rainbow Indigo .....%

Rainbow Green .....%

Rainbow Orange .....%

Rainbow Red .....%

100 %

Modification de la répartition des investissements futurs

☐ Par la présente, je déclare vouloir modifier la répartition de mes investissements futurs conformément aux dispositions du règlement[2]:

Rainbow White .....%

Rainbow Violet .....%

Rainbow Blue .....%

Rainbow Indigo .....%

Rainbow Green .....%

Rainbow Orange .....%

Rainbow Red .....%

100 %

[1] Si le choix que vous effectuez n'est pas complet, l'épargne constituée est d'office investie dans le fonds d'investissement « par défaut ». Pendant les cinq années précédant l'âge de la pension, il n'est pas autorisé de transférer totalement ou partiellement votre épargne constituée vers le fonds Rainbow White ni d'augmenter le pourcentage à investir dans ce fonds. Tout transfert au départ du fonds Rainbow White fera l'objet d'une indemnité de liquidité.

[2] Veuillez limiter votre choix aux fonds autorisés par votre le règlement.

Garanties assurées

Modification du capital décès minimum[3]

☐ Par la présente, je déclare vouloir modifier mon capital décès minimum conformément aux dispositions du règlement :

☐ Je choisis la formule standard.

La formule standard est décrite dans le règlement.

☐ Je détermine moi-même le niveau de la garantie[4].

Le capital décès choisi est égal au :

salaire annuel multiplié par : ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

augmenté, par enfant, du salaire annuel multiplié par : ☐ 0 ☐ 0,5 ☐ 1

Modification du capital complémentaire décès par accident[5]

☐ Par la présente, je déclare vouloir modifier mon capital complémentaire décès par accident conformément aux dispositions du règlement :

☐ Je choisis la formule standard.

La formule standard est décrite dans le règlement.

☐ Je détermine moi-même le niveau de la garantie[4].

Le capital décès par accident choisi est égal au :

salaire annuel multiplié par : ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

augmenté, par enfant, du salaire annuel multiplié par : ☐ 0 ☐ 0,5 ☐ 1

Modification de la garantie rente d'invalidité[3]

☐ Par la présente, je déclare vouloir modifier ma rente d'invalidité conformément aux dispositions du règlement.

☐ Je choisis la formule standard.

La formule standard est décrite dans le règlement.

☐ Je détermine moi-même le niveau de la garantie[4].

La rente choisie est calculée sur base de la formule :

ou ☐ 0% S1 + 60% S2 (et 60% S3 en cas d'accident du travail)

☐ 10% S1 + 70% S2 (et 70% S3 en cas d'accident du travail)

☐ 15% S1 + 75% S2 (et 75% S3 en cas d'accident du travail)

☐ 20% S1 + 80% S2 (et 80% S3 en cas d'accident du travail)

avec S1 = 12 fois le salaire mensuel limité au plafond de l'assurance légale maladie-invalidité

S2 = la partie du salaire annuel qui excède S1

S3 = la partie du salaire annuel qui excède le plafond légal accidents du travail

ou ☐ 70% S - AMI (et 70% S3 en cas d'accident du travail)

☐ 75% S - AMI (et 75% S3 en cas d'accident du travail)

☐ 80% S - AMI (et 80% S3 en cas d'accident du travail)

avec S = le salaire annuel

S3 = la partie du salaire annuel qui excède le plafond légal accidents du travail

AMI = l'intervention légale maladie et invalidité

La rente est indexée de ☐ 0% ☐ 2% ☐ 3%

3 Cochez la/les case(s) appropriée(s).
En cas d'augmentation du capital décès/de la rente d'invalidité, la procédure des formalités médicales est à nouveau appliquée..
4 Veuillez choisir uniquement une formule qui est autorisée dans le règlement.
5 Cochez la/les case(s) appropriée(s).

Par la présente, le membre du personnel autorise expressément et irrévocablement l'employeur, qui accepte, à communiquer à l'assureur, en son nom et pour son compte, la(es) modification(s) des choix personnels mentionnée(s) sur le présent formulaire.
Cette communication peut se faire par quelque moyen que ce soit et notamment par voie électronique.

Fait à ....., le ..... / ..... /.....

Signature de l'affilié

AG traite en tant que responsable du traitement vos données à caractère personnel pour les finalités mentionnées dans les conditions générales (le règlement de pension pour la pension complémentaire sectorielle), et en particulier en vue de l'exécution des avantages complémentaires (pension complémentaire et/ou assurance maladie liée à l'activité professionnelle) souscrits en votre faveur par votre employeur ou secteur et dont la gestion a été confiée à AG. Pour plus d'information concernant le traitement de vos données à caractère personnel, veuillez consulter les conditions générales (le règlement de pension pour la pension complémentaire sectorielle) et notre Notice Vie Privée sur www.aginsurance.be.

0079-2281134F-01072021