

■ 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 : F N

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 F Langue de correspondance : F N

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

Numéro du contrat AG Insurance 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 Insurance 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 Insurance ?

Oui Non

Si oui, veuillez préciser :

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

■ Paiement 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

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 Insurance.

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 Insurance ou auprès d'autres assureurs.

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

■ 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 Insurance, soit auprès d'une autre compagnie ? Oui Non

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

■ 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.

La collecte des données personnelles ainsi que l'utilisation de celles-ci sont conformes aux dispositions de la loi belge sur la protection de la vie privée. Les données à caractère personnel mentionnées ci-dessus peuvent être traitées par AG Insurance, en tant que responsable du traitement, moyennant respect de la loi belge sur la protection de la vie privée, en vue de et dans le cadre de la fourniture et de la gestion de services d'assurance en général, en ce compris la gestion de fichiers de clientèle, l'établissement de statistique et la prévention de fraude et d'abus. AG Insurance se réserve le droit de communiquer ces données à des tiers, lorsqu'il existe pour ce faire une obligation légale, contractuelle ou un intérêt légitime. Vous pouvez prendre connaissance de ces données et, si nécessaire, les faire rectifier, ainsi que vous opposer expressément et gratuitement à ce qu'elles soient traitées à des fins de marketing direct. Si vous souhaitez exercer ce droit d'opposition, veuillez cocher la case qui suit :

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-prenneur d'assurance,

Cette demande doit être envoyée au :

Service Guaranteed Income & Medical Acceptance,
Rue du Pont Neuf 17, 1000 Bruxelles (1JP1B)

E-mail : rggi.broker@aginsurance.be

Fax : 02/664.04.18.

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

8. Si les conditions nécessaires sont remplies.