



Aanvraag tot individuele voortzetting arbeidsongeschiktheid

U, als verzekeringnemer [kandidaat-verzekerde], dient dit document in te vullen en te ondertekenen en terug te bezorgen indien u uw recht op individuele voortzetting wenst uit te oefenen¹.

U kan dit document terugsturen tot 30 dagen nadat u op de hoogte werd gebracht van uw recht tot individuele voortzetting.

In te vullen door uw makelaar

Producent/rekeningnr: Benaming:

Woonplaats: Tel.:

Ref. dossier producent:

Sales Manager: Beheerssite:

Correspondentietaal: NL FR

ALLE onderstaande gegevens zijn verplicht in te vullen om uw aanvraag tot individuele voortzetting verder te kunnen behandelen.

Gegevens verzekeringnemer [kandidaat-verzekerde]

Naam: Voornaam:

Straat: nr: bus:

Postcode: Woonplaats:

Geboortedatum: / / Geslacht²: M V Correspondentietaal: NL FR

Verlies van arbeidsongeschiktheidsverzekering

Nummer van het contract AG van waaruit u uw recht op individuele voortzetting wenst uit te oefenen³:

.....

Recht tot individuele voortzetting

Was u gedurende minstens 2 jaar⁴ ononderbroken verzekerd voor arbeidsongeschiktheid⁵ bij AG?

Ja Neen

Was u gedurende deze periode van 2 jaar ook nog verzekerd bij een andere verzekeraar dan AG?

Ja Neen

Zo ja, geef hiervan een overzicht:

	Begin	Einde	Verzekeraar	Polisnummer
1 / / / /		
2 / / / /		
3 / / / /		

¹ Indien aan de nodige voorwaarden voldaan is.

² Kruis aan wat past.

³ Het contractnummer is terug te vinden op het informatiedocument individuele voortzetting dat u van de verzekeringnemer van de collectieve arbeidsongeschiktheid ontving. Om uw recht tot individuele voortzetting te kunnen uitoefenen dient u aan de voorwaarden te voldoen.

⁴ De periode van 2 jaar moet beschouwd worden als de periode van 2 jaar die voorafgaat aan de datum van het verlies van de bestaande arbeidsongeschiktheidsverzekering bij AG.

⁵ Voor de bepaling van de 2 jaar ononderbroken dekking moeten zowel de individuele als collectieve dekkingen in beschouwing genomen worden, zowel bij AG als bij andere verzekeraars.

Premiebetaling

Gewenste periodiciteit premiebetaling: Jaarlijks Zesmaandelijks Driemaandelijks Maandelijks

Sociaal statuut

Wat is uw huidig sociaal statuut?

Zelfstandige Loontrekkende Ambtenaar Andere:

Hoeveel bedraagt uw nieuw jaarlijks bruto beroepsinkomen⁶?EUR

Beroepsactiviteit

Omschrijf zo goed mogelijk uw huidige beroepsactiviteit (zowel hoofd- als bijberoep):

.....
.....

Verricht u handenarbeid? Ja Neen

Sporten

Doet u aan sport? Ja Neen

Omschrijf zo goed mogelijk de sport(en) die u wenst te verzekeren:

.....
.....

Ik beoefen de bovenvermelde sport(en): als liefhebber zonder competitie
 als liefhebber met competitie
 als professioneel

Verblijf-reizen

Bent u van plan om beroepsmatig in het buitenland te verblijven? Ja Neen

Zo ja, in welke landen?

Hoeveel maanden per jaar?

Om welke reden?

Andere arbeidsongeschiktheidsverzekeringen

Bent u momenteel nog in andere contracten⁷ verzekerd voor arbeidsongeschiktheid, hetzij bij AG hetzij bij een andere maatschappij?

Ja Neen

Zo ja, hoeveel bedraagt de totale verzekerde jaarrente in deze andere contracten?EUR

⁶ Deze info is nodig om de maximum te verzekeren rente te kunnen bepalen.

⁷ De te verzekeren rente van de Individuele Voortzetting niet meegerekend.

Waarborgen individuele voortzetting

De waarborgen waarvoor wij u verzekeren⁸ naar aanleiding van uw recht tot individuele voortzetting in uw individueel contract Gewaarborgd Inkomen worden berekend als de waarborgen waarvoor u verzekerd was in uw arbeidsongeschiktheidsverzekering beperkt tot de nieuwe maximaal te verzekeren rente, rekening houdend met uw nieuw sociaal statuut, uw jaarlijks bruto beroepsinkomen, nieuwe beroepsactiviteiten, de te verzekeren sporten en uw reeds verzekerde arbeidsongeschiktheidsrentes.

De door middel van dit document verkregen persoonsgegevens worden verwerkt door AG Insurance NV, met maatschappelijke zetel te 1000 Brussel, Emile Jacqmainlaan 53, als verantwoordelijke voor de verwerking, overeenkomstig de Verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, alsook conform de Privacyverklaring van AG op www.ag.be.

Deze persoonsgegevens worden verwerkt voor de uitvoering en voor de vereffening van het contract verbonden met dit document zowel als voor de doeleinden vermeld in de Privacyverklaring van AG.

De betrokkene kan zijn rechten met betrekking tot de verwerking van deze gegevens uitoefenen door een gedateerde en ondertekende aanvraag samen met een tweezijdige kopie van zijn identiteitskaart te verzenden per post naar AG, Data Protection Officer, 1000 Brussel, Emile Jacqmainlaan 53 of per e-mail aan: AG_DPO@aginsurance.be. Klachten kunnen eventueel worden ingediend bij de Gegevensbeschermingsautoriteit.

De verzekerde bevestigt de juistheid van de gegevens betreffende zijn leeftijd, zijn volledige adres, zijn sociaal statuut, zijn beroep, zijn bezoldiging, de uitgeoefende sporten en de aansluiting tot een ziekteverzekeringsovereenkomst gedurende de voorbije twee jaar.

Gedaan te, op / /

Handtekening van de kandidaat-verzekeringnemer

Deze aanvraag dient te worden teruggestuurd naar het Front Office Leven via het e-mailadres: life.a.broker@aginsurance.be.

⁸ Indien aan de nodige voorwaarden voldaan is.

+32 (0)3 218 33 76

