



Formulaire de modification Assurance obsèques Hooghenraed

Formulaire destiné uniquement aux modifications à apporter à une police du type Assurance obsèques Hooghenraed.

numéro de police	
intermédiaire	
nom	
numéro de FSMA	
numéro de producteur	
via propagandiste	
preneur d'assurance	
prénom	
nom	
date de naissance	 - -

☐ nouvelle adresse

rue	
numéro	
boîte	
code postal	
commune	

☐ nouveau numéro de téléphone ou adresse e-mail

fixe	
mobile	
adresse e-mail	

- ☐ Par la présente, j'accepte de recevoir certaines informations légales, précontractuelles et contractuelles, si possible, non pas sur papier, mais par voie électronique ou de les consulter sur le site web www.dela.be.
- ☐ Oui, j'autorise DELA Assurances à partager mes données personnelles complétées ci-dessus au sein du groupe DELA afin de m'informer au sujet de leurs produits et services. Pour tout complément d'information au sujet du traitement des données à caractère personnel par le groupe DELA et sur la façon de modifier votre autorisation, consultez notre [Déclaration Vie Privée](#).

☐ nouveau numéro de compte preneur d'assurance (si domiciliation, prière de compléter également l'ordre de domiciliation européen)

IBAN		-		-		-		BIC	
------	-------	---	-------	---	-------	---	-------	-----	-------

☐ modification de la période de paiement

- ☐ mensuelle (domiciliation obligatoire)*
- ☐ trimestrielle
- ☐ semestrielle
- ☐ annuelle

* si mensuelle, prière de compléter également l'ordre de domiciliation européen.

☐ modification du mode de paiement

- ☐ paiement par virement
- ☐ paiement par domiciliation

⇒ si paiement par domiciliation, prière de compléter également l'ordre de domiciliation européen.

numéro de police

☐ **modification durée de la prime** (âge-terme)

H	F	prénom (en entier)	nom (pour les femmes mariées, le nom de jeune fille)	date de naissance (jour-mois-année)	nouvel âge-terme (jusqu'au 85 ans au max.)
☐	☐			 - -	jusqu'au ans

☐ **changement de l'indexation annuelle du capital décès** (le changement aura lieu par mois d'expiration de la police)

☐ 0% ☐ 2% ☐ 3% ☐ 5%

☐ **changement de l'indexation annuelle du capital assistance** (le changement aura lieu par mois d'expiration de la police)

☐ 0% ☐ 3%

☐ **diminution du capital décès¹**

H	F	prénom (en entier)	nom (pour les femmes mariées, le nom de jeune fille)	date de naissance (jour-mois-année)	montant assuré à diminuer
☐	☐			 - -	de - €

☐ **ajout d'enfant(s) de moins de 18 ans¹**

H	F	prénom (en entier)	nom (pour les femmes mariées, le nom de jeune fille)	date de naissance (jour-mois-année)
☐	☐			 - -
☐	☐			 - -
☐	☐			 - -
☐	☐			 - -

☐ **suppression d'enfant(s) de moins de 18 ans¹**

H	F	prénom (en entier)	nom (pour les femmes mariées, le nom de jeune fille)	date de naissance (jour-mois-année)
☐	☐			 - -
☐	☐			 - -

☐ **indication des nouveaux bénéficiaires**

⇒ prière de remplir complètement « le formulaire bénéficiaires » et de le renvoyer avec le présent formulaire.

☐ **autre(s) modification(s)**

.....
.....
.....

¹ Le preneur d'assurance reconnaît que cette modification répond à ces exigences et besoins et il reconnaît par la présente qu'il n'est pas question d'une couverture multiple (afin d'éviter d'être couvert plusieurs fois pour le même risque), d'une sous-assurance (couvert pour une valeur trop faible) ou d'une sur-assurance (couvert pour une valeur trop élevée).

date - -

prénom, nom et signature du **preneur-
d'assurance**, à faire précéder de la mention
"lu et approuvé"

prénom, nom et signature de l'**intermédiaire**