

## Formulaire de modification Plan de Prévoyance obsèques (PLUS)

Formulaire destiné uniquement aux modifications à apporter à **une police du type Plan de Prévoyance obsèques (PLUS)**.

numéro de police .....

### intermédiaire

nom .....

numéro de FSMA ..... référence externe .....

numéro de producteur ..... groupe .....

via propagandiste ..... n° .....

### 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](http://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)

**adulte 1:**

H	F	prénom <i>(en entier)</i>	nom <i>(pour les femmes mariées, le nom de jeune fille)</i>	date de naissance <i>(jour-mois-année)</i>	nouvel âge-terme
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	..... - ..... - .....	jusqu'au ..... ans

**adulte 2:**

H	F	prénom <i>(en entier)</i>	nom <i>(pour les femmes mariées, le nom de jeune fille)</i>	date de naissance <i>(jour-mois-année)</i>	nouvel âge-terme
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	..... - ..... - .....	jusqu'au ..... ans

**résilier l'indexation annuelle**

**réactiver l'indexation annuelle**

**augmentation du montant assuré** (min. € 500 - max. € 10.000 en totalité par assuré(e))<sup>1</sup> Plus possible pour le Plan de Prévoyance obsèques PLUS. Pour ce, il est nécessaire de souscrire un nouveau Plan de Prévoyance obsèques.

**adulte 1:**

H	F	prénom <i>(en entier)</i>	nom <i>(pour les femmes mariées, le nom de jeune fille)</i>	date de naissance <i>(jour-mois-année)</i>	montant assuré à augmenter
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	..... - ..... - .....	de + € .....

⇒ prière de remplir complètement la « déclaration de santé et de consentement » (voir annexe) et de le renvoyer avec le présent formulaire

**adulte 2:**

H	F	prénom <i>(en entier)</i>	nom <i>(pour les femmes mariées, le nom de jeune fille)</i>	date de naissance <i>(jour-mois-année)</i>	montant assuré à augmenter
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	..... - ..... - .....	de + € .....

⇒ prière de remplir complètement la « déclaration de santé et de consentement » (voir annexe) et de le renvoyer avec le présent formulaire

**diminution du montant assuré** (le montant assuré doit être au minimum € 1.500)<sup>1</sup>.

**adulte 1:**

H	F	prénom <i>(en entier)</i>	nom <i>(pour les femmes mariées, le nom de jeune fille)</i>	date de naissance <i>(jour-mois-année)</i>	montant assuré à diminuer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	..... - ..... - .....	de - € .....

**adulte 2:**

H	F	prénom <i>(en entier)</i>	nom <i>(pour les femmes mariées, le nom de jeune fille)</i>	date de naissance <i>(jour-mois-année)</i>	montant assuré à diminuer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	..... - ..... - .....	de - € .....

numéro de police .....

ajout d'un assuré adulte (max. 2 assurés adultes/police)<sup>1</sup> Plus possible pour le Plan de Prévoyance obsèques PLUS. Pour ce, il est nécessaire de souscrire un nouveau Plan de Prévoyance obsèques.

**adulte 2:**

H	F	prénom (en entier)	nom (pour les femmes mariées, le nom de jeune fille)	date de naissance (jour-mois-année)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	..... - ..... - .....

âge-terme jusqu'au ..... ans    montant assuré € ..... (minimum € 1.500 maximum € 10.000)

⇒ prière de remplir complètement la « déclaration de santé et de consentement » (voir annexe) et de le renvoyer avec le présent formulaire

ajout d'enfant(s) de moins de 18 ans<sup>1</sup>

H	F	prénom (en entier)	nom (pour les femmes mariées, le nom de jeune fille)	date de naissance (jour-mois-année)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	..... - ..... - .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	..... - ..... - .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	..... - ..... - .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	..... - ..... - .....

suppression d'un assuré (prière de mentionner les assurés à retirer de la police)<sup>1</sup>

H	F	prénom (en entier)	nom (pour les femmes mariées, le nom de jeune fille)	date de naissance (jour-mois-année)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	..... - ..... - .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	..... - ..... - .....

indication des nouveaux bénéficiaires

⇒ prière de remplir complètement « le formulaire bénéficiaires » et de le renvoyer avec le présent formulaire. Les droits du bénéficiaire sont décrits dans l'article 9 des Conditions Générales.

autre(s) modification(s)

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

<sup>1</sup> 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**