

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 référence externe

numéro de producteur groupe

via propagandiste n°

preneur d'assurance

prénom

nom

date de naissance - -

nouvelle adresse

| | |
|-------------|----------------------|
| rue | <input type="text"/> |
| numéro | <input type="text"/> |
| boîte | <input type="text"/> |
| code postal | <input type="text"/> |
| commune | <input type="text"/> |

nouveau numéro de téléphone ou adresse e-mail

| | |
|----------------|----------------------|
| fixe | <input type="text"/> |
| mobile | <input type="text"/> |
| adresse e-mail | <input type="text"/> |

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 <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 <i>(jusqu'au 85 ans au max.)</i> |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | jusqu'au <input type="text"/> 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 <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"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | de - € <input type="text"/> |

ajout d'enfant(s) de moins de 18 ans¹

| 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> |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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

| 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> |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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).

- 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.
- DELA peut utiliser mes données personnelles pour me procurer des informations et conseils intéressants relatifs à ses produits et services.

| | | |
|----------------------|--|---|
| <input type="text"/> | _____ | _____ |
| 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 |