

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	

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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	jusqu'au <input type="text"/> 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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	jusqu'au <input type="text"/> ans

application de l'indexation annuelle

En cas de non-souscription, la clause optionnelle est d'application.

augmentation du montant assuré (min. € 500 - max. € 10.000 en totalité par assuré(e))¹ 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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	de + € <input type="text"/>

⇒ 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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	de + € <input type="text"/>

⇒ 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)¹.

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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	de - € <input type="text"/>

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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	de - € <input type="text"/>

numéro de police

ajout d'un assuré adulte (max. 2 assurés adultes/police)¹ 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 <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"/>
		âge-terme jusqu'au <input type="text"/> ans	montant assuré € <input type="text"/>	

⇒ 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 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'un assuré (prière de mentionner les assurés à retirer de la police)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>
<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. Les droits du bénéficiaire sont décrits dans l'article 9 des Conditions Générales.

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