

■ Déclaration de départ

Vie/Décès
 Exonération de primes
 Hospitalisation
 Invalidité
 e-volulife

DONNEES OBLIGATOIRES

Attention: le départ de l'affilié ne pourra être traité que si les données obligatoires sont correctement et complètement remplies et si AG Insurance est informée du montant du salaire de l'affilié en date du dernier recalcul annuel.

Nom de l'employeur : _____

Coordonnées de l'affilié (qui démissionne) :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Numéro de registre national : _____ - _____ - _____

Date du départ : ____ / ____ / ____

Préavis non-presté :

OUI, nombre de mois plein à prendre en compte pour le calcul de la prime unique de préavis : _____

NON

Adresse légale :

Rue et numéro : _____

Code postal : _____ Commune/Ville : _____

Pays : _____

Date : ____ / ____ / ____

Signature de l'employeur,

DONNEES FACULTATIVES

Situation familiale de la personne qui démissionne :

marié/cohabitant légal
 célibataire
 cohabitant
 veuf/veuve

Adresse de correspondance (si différente de l'adresse légale) :

Rue et numéro / boîte : _____

Code postal : _____ Commune/Ville : _____

Pays : _____

Langue choisie : Français Néerlandais Allemand Anglais

Numéro de téléphone : _____ Numéro de GSM : _____

Adresse E-mail : _____

NB : L'employeur est tenu d'informer son collaborateur, dans les 30 jours suivant sa sortie, de la possibilité de continuer son assurance maladie collective à titre individuel en lui transmettant le document de continuation de l'assurance maladie collective. Vous pouvez retrouver ce document sur notre site www.agemployebenefits.be.