

■ Verklaring van uitdiensttreding

Leven/Overlijden
 Premievrijstelling
 Hospitalisatie
 Invaliditeit
 e-volulife

VERPLICHT IN TE VULLEN

Belangrijk: de uitdiensttreding kan enkel worden behandeld als dit verplichte gedeelte volledig is ingevuld en AG Insurance op de hoogte werd gebracht van het loon op de laatste herberekeningsdatum.

Naam werkgever: _____

Gegevens van de persoon die uit dienst treedt:

Naam: _____ Voornaam: _____

Geboortedatum: ____ / ____ / ____

Rijksregisternummer: _____ - _____ - _____

Datum van vertrek: ____ / ____ / ____

Niet-gepresteerde opzeg:

ja, aantal volle maanden in aanmerking te nemen voor berekening enige premie: _____

nee

Wettelijk adres:

Straat en nummer: _____

Postcode: _____ Gemeente/stad: _____

Land: _____

Datum: ____ / ____ / ____

Handtekening van de werkgever,

FACULTATIEF

Familiale toestand van de persoon die uit dienst treedt:

gehuwd/wettelijk samenwonend
 ongehuwd
 samenwonend
 weduwe/weduwnaar

Correspondentie-adres (indien verschillend van wettelijk):

Straat en nummer / bus: _____

Postcode: _____ Gemeente/stad: _____

Land: _____

Gekozen taal: Frans Nederlands Duits Engels

Telefoonnummer: _____ GSM-nummer: _____

E-mailadres: _____

NB : De werkgever moet zijn werknemer, binnen de 30 dagen na zijn vertrek, op de hoogte brengen van de mogelijkheid om zijn collectieve ziekteverzekering individueel voort te zetten door hem het document 'Individuele voortzetting collectieve verzekering' te overhandigen. U vindt dit document terug op onze website www.agemployebenefits.be.