

■ Demande d'affiliation à un plan existant

Pension@work

Ce document doit être complété et signé par l'employeur et par le membre du personnel.
Toute information manquante (telle que le n° de registre national) retardera le traitement des données.

1 Données employeur

A COMPLÉTER PAR L'EMPLOYEUR :

Nom de l'employeur : _____

Numéro du plan : _____

Numéro du contrat : _____

2 Données du membre du personnel

A COMPLÉTER PAR LE MEMBRE DU PERSONNEL :

Nom¹ : _____

Prénom¹ : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Sexe² : Masculin Féminin

N° registre national : _____

Langue² : FR NL

Nationalité : _____

Situation familiale² :

Isolé Cohabitant de fait Marié / Cohabitant légal

Séparé de fait Divorcé Veuf(ve)

Nom et prénom du conjoint ou du cohabitant : _____

Date de naissance du conjoint ou du cohabitant : ____ / ____ / ____

Nom et prénom des enfants^{1 2} :

Date de naissance :

1. _____ M F ____ / ____ / ____ à charge

2. _____ M F ____ / ____ / ____ à charge

3. _____ M F ____ / ____ / ____ à charge

4. _____ M F ____ / ____ / ____ à charge

E-mail professionnel : _____ E-mail privé : _____

Adresse officielle :

Adresse : _____

Code postal : _____ Localité : _____ Pays : _____

A COMPLÉTER PAR L'EMPLOYEUR² :

Statut social : Salarié

Type de contrat : Durée déterminée Durée indéterminée

Date d'entrée en service : ____ / ____ / ____

Catégorie de personnel existante à laquelle le membre du personnel mentionné ci-dessus doit être affilié :

Pourcentage de temps de travail : _____%

Date d'entrée dans la catégorie existante : ____ / ____ / ____

Numéro de référence du membre du personnel : _____

Salaires mensuel à temps plein³ : _____ EUR

1 Veuillez écrire en majuscules.

2 Cochez la case appropriée.

3 Indiquer le montant du salaire correspondant à un temps de travail égal à 100%.

Données du membre du personnel :

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro du plan : _____

3 Options

A COMPLÉTER PAR LE MEMBRE DU PERSONNEL :

Veuillez effectuer un choix pour les garanties ci-dessous dans les limites prévues par le règlement :

- 1) Il ne sera tenu compte que des garanties prévues par le règlement.
- 2) Si votre choix porte sur une garantie pour laquelle n'est prévue aucune possibilité de choix, alors votre choix ne sera pas pris en considération.
- 3) Si pour une garantie prévue dans le règlement, vous n'exprimez aucun choix ou un choix non valable, le choix "par défaut" tel que défini par le règlement sera d'application.

3.1 Garantie Décès⁴

- Je choisis la formule standard. La formule standard est décrite dans le règlement.
- Je détermine moi-même le niveau de la garantie⁵. Le capital décès minimal est déterminé :
 - Sur la base de mon salaire de référence⁶ (S)
 - 100% S 150% S 200% S 300% S 400% S 500% S
 - Sur la base d'un montant fixe de _____ EUR (*maximum 100.000 EUR*)
 - Sur la base d'une combinaison des deux :
 - 100% S 150% S 200% S 300% S 400% S 500% SAugmenté d'un montant fixe de _____ EUR (*maximum 100.000 EUR*)
- Je souhaite ne souscrire aucun capital décès minimal. En cas de décès, la réserve constituée sera liquidée.

3.2 Garantie Décès par accident⁴

- Je choisis la formule standard. La formule standard est décrite dans le règlement.
- Je détermine moi-même le niveau de la garantie⁵. Le capital décès par accident⁷ est déterminé :
 - Sur la base de mon salaire de référence⁶ (S)
 - 100% S 200% S 300% S 400% S 500% S
 - Sur la base d'un montant fixe de _____ EUR
 - Sur la base d'une combinaison des deux :
 - 100% S 200% S 300% S 400% S 500% SAugmenté d'un montant fixe de _____ EUR
- Je souhaite ne souscrire aucun capital décès par accident.

3.3 Garantie Invalidité⁴

- Je choisis la formule standard. La formule standard est décrite dans le règlement.
- Je détermine moi-même le niveau de la garantie⁵. La rente choisie est calculée sur la base de la formule :
 - 10% S1 + 70% S2 (et 70% S3 en cas d'accident du travail)
 - 15% S1 + 75% S2 (et 75% S3 en cas d'accident du travail)
 - 20% S1 + 80% S2 (et 80% S3 en cas d'accident du travail)avec $S1 = 12 \times$ le salaire mensuel limité au plafond de l'assurance légale maladie-invalidité
 $S2 =$ la partie du salaire de référence⁶ qui excède S1
 $S3 =$ la partie du salaire de référence⁶ qui excède le plafond légal des accidents du travail
- La rente est indexée de* 0% 1% 2% 3%

* ces choix se limitent aux possibilités reprises dans le règlement de pension

- Je souhaite ne souscrire aucune rente d'invalidité.

4 Cochez la/les case(s) appropriée(s).

5 Si l'affilié détermine lui-même le niveau de la garantie, il peut alors y avoir des formalités médicales.

6 Le salaire de référence est défini comme étant le salaire mensuel à temps plein communiqué, multiplié par le multiplicateur salarial défini dans le règlement, multiplié par le pourcentage de temps de travail.

7 Le capital assuré en cas de décès par accident s'élève à 300.000 EUR maximum.

Données du membre du personnel :

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro du plan : _____

3.4 Garantie Vie⁸

La prime d'épargne affectée à la constitution de ma pension sera investie dans le fonds Top Life 99 avec un rendement garanti.

Répartition de la participation bénéficiaire :

- Pour ma participation bénéficiaire, je choisis le fonds "par défaut" Top Life 99 avec un rendement garanti.
- Je détermine moi-même la répartition de ma participation bénéficiaire :

Fonds	Composition	Pourcentage souhaité
Top Life 99	Taux d'intérêt de base garanti ⁹	_____ %
Top Profit Comet	100% obligations	_____ %
Top Profit Planet	70% obligations - 30% actions	_____ %
Top Profit Galaxy	50% obligations - 50% actions	_____ %
Top Profit Universe	30% obligations - 70% actions	_____ %
Top Profit Cosmos	100% actions	_____ %
		_____ %
		100 %

4 Bénéficiaires en cas de décès

Si vous souhaitez désigner d'autres bénéficiaires que ceux prévus par le règlement, il est recommandé d'utiliser le document "Désignation/Modification de bénéficiaire(s)" prévu à cette effet.

Par la présente, le membre du personnel autorise expressément l'employeur, qui accepte, à communiquer à l'assureur, en son nom et pour son compte, les différents choix qu'il a effectués sous la rubrique "Options" du présent formulaire. Cette communication peut se faire par quelque moyen que ce soit et notamment par voie électronique.

La collecte des données et l'utilisation de celles-ci sont conformes aux dispositions de la loi belge sur la protection de la vie privée. AG Insurance, responsable du traitement, peut traiter les données obtenues sur les personnes pour la gestion de ses produits et services d'assurances en ce compris leur promotion, la gestion de la relation clientèle, l'établissement de statistiques, et se réserve le droit de les communiquer à des tiers lorsqu'il existe pour ce faire une obligation légale, contractuelle ou un intérêt légitime. Vous pouvez prendre connaissance de ces données et si nécessaire les faire rectifier, ainsi que vous opposer gratuitement à ce qu'elles soient traitées à des fins de marketing direct : si vous souhaitez exercer ce droit d'opposition, veuillez cocher la case qui suit :

Très important : l'employeur certifie l'exactitude des mentions relatives à la situation familiale et à l'adresse complète du membre du personnel à affilier.

Fait à _____, le ____ / ____ / _____

Signature de l'employeur,

Signature du membre du personnel,

⁸ Cochez la case appropriée.

⁹ Le taux d'intérêt appliqué à une cotisation est celui en vigueur au moment de la réception de celle-ci et est garanti pour cette cotisation pendant toute la durée du contrat. Si ce taux de base devait être revu (à la hausse ou à la baisse), ce nouveau taux serait appliqué aux cotisations versées après que cette modification ait pris cours.