

■ Ausscheidenserklärung

Leben/Tod
 Prämienbefreiung
 Hospitalisierung
 Invalidität
 e-volulife

VERPFLICHTETE ANGABEN

Wichtige Bemerkung: das Ausscheiden des Mitglieds wird nur behandelt, wenn alle verpflichteten Angaben korrekt und ausführlich ausgefüllt sind und wenn AG Insurance über den Betrag des Lohns des Mitglieds am Datum der letzten jährlichen Neuberechnung informiert wurde.

Name des Arbeitgebers: _____

Angaben des (ausscheidenden) Mitglieds:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: ____/____/____

Nationalregisternummer: _____ - _____ - _____

Datum des Ausscheidens: ____/____/____

Nicht geleistete Kündigungsfrist:

JA, Anzahl der vollen Monate, die im Rahmen der Berechnung der einmaligen Kündigungsprämie berücksichtigt werden müssen: _____

NEIN

Gesetzliche Adresse:

Straße und Nummer: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Land: _____

Datum: ____/____/____

Unterschrift des Arbeitgebers,

FAKULTATIVE ANGABEN

Familiensituation der ausscheidenden Person:

verheiratet/gesetzlich zusammenwohnend
 ledig
 zusammenwohnend
 Witwe(r)

Korrespondenzadresse (wenn anders als gesetzliche Adresse):

Straße und Nummer / Postfach: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Land: _____

Sprache:
 Französisch
 Niederländisch
 Deutsch
 Englisch

Telefonnummer: _____ Handynummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

NB : Innerhalb von 30 Tagen nach dem Ausscheiden muss der Arbeitgeber seinen Arbeitnehmer über die Möglichkeit informieren, seine kollektive Krankenversicherung auf individueller Basis fortzusetzen, indem er ihm das Dokument « Fortsetzung der kollektiven Krankenversicherung » weiterleitet. Dieses Dokument finden Sie auf www.agemployeenefits.be.