

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 de plan: _____

Numéro de contrat (communiqué par l'assureur): _____

2 Données du membre du personnel

A compléter par le membre du personnel:

Nom¹: _____

Prénom¹: _____

Date de naissance: _____ Lieu de naissance: _____

Sexe²: masculin féminin

N° registre national / N° de carte SIS (coin supérieur droit): _____

Langue officielle²: FR NL Langue choisie²: FR NL ANG

Nationalité: _____

Situation familiale²:

marié(e) / cohabitant(e) légal(e)⁽¹⁾ isolé(e)⁽²⁾ veuf(ve) cohabitant(e)

⁽¹⁾ inclus "séparé(e) de fait" et "séparé(e) judiciairement de corps et de biens" ⁽²⁾ inclus "divorcé(e)"

Nom et prénom du conjoint ou du cohabitant: _____ Date de naissance: _____

Nom et prénom des enfants^{1 2}:

1. _____ M F Date de naissance: _____ à charge³

2. _____ M F Date de naissance: _____ à charge³

3. _____ M F Date de naissance: _____ à charge³

4. _____ M F Date de naissance: _____ à charge³

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

Adresse officielle:

Adresse: _____

Code postal: _____ Localité: _____ Pays: _____

Adresse pour le courrier:

Adresse: _____

Code postal: _____ Localité: _____ Pays: _____

A compléter par l'employeur²:

Statut social: indépendant salarié

Type de contrat: durée déterminée durée indéterminée

Période d'essai: _____ mois Date d'entrée en service: _____

Catégorie de personnel:

Ouvrier Employé Cadre Cadre inférieur Cadre moyen Cadre supérieur Management

Dirigeant d'entreprise Administrateur Administrateur-Délégué Direction Autre: _____

Pourcentage de temps de travail: _____ %

Date d'affiliation à la catégorie: _____ Numéro de référence: _____

Salaires de référence à temps plein⁴: Mensuel Annuel Montant: _____ EUR

Salaires mensuels à temps plein⁵: Montant: _____ EUR

¹ Veuillez écrire en majuscules

² Cochez la/les case(s) appropriée(s)

³ Selon les dispositions prévues dans le règlement d'assurance de groupe

⁴ Indiquer le montant du salaire correspondant à un temps de travail égal à 100%

⁵ A compléter uniquement si le règlement prévoit la garantie invalidité et si le salaire de référence ci-dessus est donné sur base annuelle

Données du membre du personnel :

Nom: _____ Prénom: _____

N° plan: _____

3 Options

A compléter par le membre du personnel:

Veillez 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 Décès⁶

- Je choisis la formule standard.

La formule standard est définie par le règlement .

- Je détermine moi-même le niveau de la garantie⁷.

Le capital décès choisi est égal au:

salaire annuel multiplié par: 0 1 2 3 4 5
 augmenté, par enfant, du salaire annuel multiplié par: 0 0,5 1

3.2 Garantie Décès par accident⁶

- Je choisis la formule standard.

La formule standard est définie par le règlement.

- Je détermine moi-même le niveau de la garantie⁷.

Le capital décès par accident choisi est égal au:

salaire annuel multiplié par: 0 1 2 3 4 5
 augmenté, par enfant, du salaire annuel multiplié par: 0 0,5 1

3.3 Garantie Invalidité⁶

- Je choisis la formule standard.

La formule standard est définie par le règlement.

- Je détermine moi-même le niveau de la garantie⁷.

La rente choisie est calculée sur base de la formule:

ou 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 fois le salaire mensuel limité au plafond de l'assurance légale maladie-invalidité
 S2 = la partie du salaire annuel qui excède S1
 S3 = la partie du salaire annuel qui excède le plafond légal accidents du travail

ou 70% S - AMI (et 70 % S3 en cas d'accident du travail)
 75 % S - AMI (et 75 % S3 en cas d'accident du travail)
 80 % S - AMI (et 80 % S3 en cas d'accident du travail)
 avec S = le salaire annuel
 S3 = la partie du salaire annuel qui excède le plafond légal accidents du travail
 AMI = l'intervention légale maladie et invalidité

La rente est indexée de* 0% 0,5% 1% 1,5% 2% 3%

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

- aucune rente

⁶ Cochez la/les case(s) appropriée(s)

⁷ Veuillez uniquement choisir une formule prévue par votre règlement

Données du membre du personnel :

Nom: _____ Prénom: _____
N° plan: _____

3.4 Garantie Vie⁸

- Je choisis le fonds d'investissement "par défaut".
Le fonds d'investissement "par défaut" est défini par le règlement.
- Je détermine moi-même la répartition de mes investissements⁹:

Rainbow White %
Rainbow Violet %
Rainbow Blue %
Rainbow Indigo %
Rainbow Green %
Rainbow Orange %
Rainbow Red %

	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 Veuillez limiter votre choix aux fonds autorisés par votre règlement