

Assurance de groupe

Formulaire de modification ou de cessation

Intermédiaire

N° N° FSMA Référence

Nom Téléphone

Vente à distance oui non

Référence

Assurance de groupe n°

Identité du preneur d'assurance

Nom de l'employeur

N° d'entreprise

Modification ou cessation

- Modification à partir du / / éventuellement sur la base de l'offre n° /
- Cessation à partir du / /

Procédure suivie

Indiquez ci-après de quelle façon vous avez pris la décision de modifier ou d'arrêter l'assurance de groupe:

- par une **décision unilatérale** de l'employeur (si l'assurance de groupe est uniquement financée avec des contributions patronales OU si l'assurance de groupe est (également) financée avec des contributions individuelles mais ne s'applique pas à tous les travailleurs)
- par une **modification** au **règlement du travail** (est obligatoire si l'assurance de groupe s'applique à tous les travailleurs ET est (également) financée avec des contributions individuelles ET qu'aucun organisme social n'est prévu au sein de la compagnie)
Dans ce cas, nous vous demandons de nous **fournir** également une **copie** du **règlement du travail modifié**.
- par la **conclusion** d'une **CCT** (est obligatoire si l'assurance de groupe s'applique à tous les travailleurs ET est (également) financée avec des contributions individuelles ET qu'un ou plusieurs organismes sociaux sont installés au sein de la compagnie)
Dans ce cas, nous vous demandons de nous **fournir** également une **copie** de la **CCT**.

Refus individuels

Lors d'une modification de l'assurance de groupe menant à une augmentation des obligations de l'affilié, celui-ci peut refuser la modification, sauf si cette modification a été introduite par une CCT et que cette CCT ne prévoit pas la possibilité de refuser la modification.

Nombre de refus individuels:

Nous vous prions de nous fournir une **déclaration de désistement "Refus de participation à la modification de l'assurance de groupe"**, dûment complétée et signée et ce **pour chaque refus individuel**.

Déclarations

Dans le texte suivant, nous entendons par “vous” le preneur d’assurance.

- Vous déclarez par la présente que vous nous avez fourni toutes les données que vous pouvez considérer comme étant nécessaires ou utiles lors de notre appréciation du risque. Vous vous engagez à nous communiquer immédiatement toute modification à ces données.
- Baloise Insurance traite les coordonnées dans le cadre de l’appréciation du risque, de la gestion de polices et de sinistres et à des fins commerciales. Vos données peuvent également être utilisées au sein des entreprises du Baloise Group. Conformément à la loi sur la protection de la vie privée, vous pouvez toujours consulter ces données et les faire corriger auprès du Secrétariat général (privacy@baloise.be).
Si vous ne souhaitez pas recevoir des informations commerciales, vous devez le signaler.
Le preneur d’assurance nous donne son consentement explicite pour faire traiter ses données judiciaires dans le cadre de la gestion de polices et de sinistres. Nous pouvons également utiliser toutes les coordonnées acquises dans le cadre de la lutte contre la fraude.
Vous consentez à ce que les coordonnées, uniquement dans le cadre de notre gestion de polices et de sinistres, puissent être transmises à notre réassureur ou à des tiers auxquels nous sommes liés par contrat.
- Avertissement
Toute escroquerie ou tentative d’escroquerie envers Baloise Insurance entraîne non seulement la résiliation de la police, mais aussi des poursuites pénales sur base de l’article 496 du Code pénal.
- Le preneur d’assurance déclare que lui-même, l’assuré et éventuellement le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) nominativement de la police ne sont pas des citoyens civils ou des résidents des Etats-Unis de l’Amérique et n’ont pas de double nationalité dont la nationalité américaine, ne sont pas titulaires d’une US Green Card et ne séjournent pas plus de 31 jours durant l’année en cours aux Etats-Unis et n’ont pas séjourné plus de 183 jours aux Etats-Unis durant les 3 dernières années. Si le preneur d’assurance ou le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) nominativement sont une entité juridique, le preneur d’assurance déclare que celle-ci n’a pas été constituée et/ou régie par la loi américaine et qu’elle n’y est pas établie non plus. En outre, le preneur d’assurance déclare qu’il n’est pas redevable d’impôts aux Etats-Unis. Dans le cas où, pendant la durée de la police, le preneur d’assurance transmettrait son domicile (résidence) vers les Etats-Unis, il doit communiquer à Baloise Insurance une adresse de contact en dehors des Etats-Unis. Baloise Insurance verse les primes des polices uniquement sur les comptes d’institutions financières établies en dehors des Etats-Unis.
- Baloise Insurance peut transmettre les données (de police) aux services fiscaux belges à leur demande, en conformité avec la législation belge.

Fait à, le

L’employeur

Pour la certification des signatures ci-contre,
l’intermédiaire

Prière d’envoyer le **formulaire dûment complété et signé** ainsi que les **coordonnées demandées** à:

Adresse: Baloise Insurance, Employee Benefits, City Link, Posthofbrug 16 à 2600 Antwerpen

Fax: 03 247 21 77

Courriel: eb@baloise.be



Les assureurs mettent toute leur vigilance à dépister les tentatives de fraude ...
... en revanche, vous qui êtes de bonne foi, vous pouvez compter sur nous.
Pour ne pas payer inutilement pour les autres, aidez-nous à prévenir les abus.

Votre sécurité nous tient à cœur.

www.baloise.be

Baloise Belgium SA – Entreprise d’assurances agréée sous le n° de code 0096 avec n° FSMA 24.941 A

Siège social: City Link, Posthofbrug 16, 2600 Antwerpen, Belgique – Tél.: +32 3 247 21 11

Siège: Rue du Champ de Mars 23, 1050 Bruxelles, Belgique – Tél.: +32 2 773 03 11

info@baloise.be – www.baloise.be – RPM Antwerpen – TVA BE 0400.048.883 – IBAN: BE31 4100 0007 1155 – BIC: KREDBEBB

Baloise Insurance est le nom commercial de Baloise Belgium SA.