

WIJZIGING OF STOPZETTING GROEPSVERZEKERING

BEMIDDELAAR

Nr. _____ FSMA-nr. _____ Referentie: _____
Naam _____ Telefoon: _____
Verkoop op afstand: Ja
 Neen

REFERENTIE

Groepsnummer:

IDENTITEIT VERZEKERINGNEMER

Naam werkgever:

Ondernemingsnummer:

WIJZIGING OF STOPZETTING

Wijziging vanaf / /

- eventueel op basis van offertenummer /
- Reden van wijziging
-
-

Stopzetting vanaf / /

GEVOLGDE PROCEDURE

Hieronder moet u aangeven op welke de wijze u de beslissing hebt genomen om de groepsverzekering te wijzigen of stop te zetten

- via een **eenzijdige beslissing** van de werkgever (indien de groepsverzekering enkel gefinancierd wordt door werkgeversbijdragen OF indien de groepsverzekering (mee) gefinancierd wordt door persoonlijke bijdragen, maar niet van toepassing is op alle werknemers)
- via een **wijziging** van het **arbeidsreglement** (verplicht, indien de groepsverzekering van toepassing is op alle werknemers, (mee) gefinancierd wordt door persoonlijke bijdragen en er in de onderneming geen sociale organen zijn)
- In dit geval vragen wij u ons ook een **kopie** van het **gewijzigde arbeidsreglement** te **bezorgen**.
- via het **sluiten** van een **CAO** (verplicht, indien de groepsverzekering van toepassing is op alle werknemers, (mee) gefinancierd wordt door persoonlijke bijdragen en er in de onderneming een of meer sociale organen zijn)

In dit geval vragen wij u ons ook een **kopie** van de **CAO** te **bezorgen**.

INDIVIDUELE WEIGERINGEN (enkel in te vullen bij wijziging van het plan)

Bij een wijziging van de groepsverzekering die tot een vermeerdering van de verplichtingen van de aangeslotene leidt, kan de aangeslotene weigeren deel te nemen aan de wijziging, tenzij deze wijziging via een CAO werd ingevoerd en de CAO de mogelijkheid tot weigering van deelname aan de wijziging niet voorziet.

Aantal individuele weigeringen:

Wij verzoeken u vriendelijk ons een volledig ingevulde en ondertekende **verzakingsverklaring 'Weigering deelname tot wijziging groepsverzekering' per individuele weigering** te bezorgen.

De verzekeringnemer geeft ons uitdrukkelijk toestemming om zijn gerechtelijke gegevens te verwerken voor het beheer van polissen en schadegevallen. Alle verworven persoonsgegevens kunnen wij ook gebruiken in het kader van fraudebestrijding.

De verzekeringnemer verklaart dat hij, de verzekerde en de eventueel nominatief aangeduide begunstigde(n) van de polis, geen staatsburger of rijksinwoner zijn van de Verenigde Staten van Amerika (hierna: 'de VS'), noch een dubbele nationaliteit hebben waaronder de Amerikaanse (VS), noch houder zijn van een US Green Card en in het lopende jaar niet meer dan 31 dagen in de VS verblijven en in de laatste drie jaar niet meer dan 183 dagen in de VS zijn verbleven. Indien de verzekeringnemer of de nominatief aangeduide begunstigde(n) een juridische entiteit zijn, dan verklaart de verzekeringnemer dat die niet opgericht en/of geregeld is door wetgeving van de VS en dat zij er evenmin gevestigd is. Daarenboven verklaart de verzekeringnemer dat hij geen belastingen verschuldigd is in de VS. Indien de verzekeringnemer gedurende de looptijd van de polis zijn woonplaats (vestigingsplaats) zou overbrengen naar de VS, dan moet de verzekeringnemer aan Baloise Belgium NV een contactadres buiten de VS meedelen. Baloise Belgium NV keert polissen enkel uit op rekeningen van financiële instellingen die gevestigd zijn buiten de VS.

Opgemaakt in op/...../.....

(Naam, hoedanigheid en handtekening verzekeringnemer)