

Assurance de groupe avec référence Nom Employeur - BCVR XXXXX – refus de modification de la date terme de la garantie « rente en cas d'incapacité de travail »

Je refuse par la présente le changement de la date terme de la garantie « rente en cas d'incapacité de travail » et l'augmentation tarifaire qui en résulte.

Par conséquent, la date terme originelle est maintenue tant pour les affiliés existants que pour les nouveaux venus. La date terme de la garantie complémentaire « rente en cas d'incapacité de travail » ne coïncidera donc pas avec la date terme de l'assurance de groupe.

Concrètement cela signifie que :

- l'indemnité d'Allianz Benelux SA relative à la garantie « rente en cas d'incapacité de travail » **cessera à la date terme originellement prévue.**
- les nouvelles incapacités de travail survenant après la date terme ne donneront par conséquent pas droit à une indemnité de la part d'Allianz Benelux SA.

Employeur
(signature)

Date :/...../.....

Nom :

Fonction :

Veillez nous envoyer la lettre de refus signée à l'adresse email suivante ebuw@allianz.be

Celle-ci doit obligatoirement être accompagnée des documents suivants :

- Copie de la carte d'identité du ou des signataire(s) autorisé(s)
- Copie du document officiel identifiant les personnes ayant le pouvoir de représenter et d'engager par contrat l'employeur