Xerius

GROUPE D'ASSURANCES SOCIALES ASD

Association d'Assurances Mutuelles

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

PCLI - PENSION COMPLÉMENTAIRE LIBRE POUR INDÉPENDANTS

INFOPHONE: 02 609 62 20 • E-MAIL: assurances@xerius.be • FAX: 02 609 62 40 • SITE WEB: www.xerius.be
284, Rue Royale 1210 BRUXELLES

A RENVOYER OU FAXER À

Xerius Association d'Assurances Mutuelles
Rue Royale 284
1210 Bruxelles

DONNÉES ADMINISTRATIVES

Type de contrat
(confirmez votre choix)

☐ PCLI: seulement pension
☐ PCLI Sociale: pension + garanties additionnels de solidarité
☐ Convention INAMI pour: .... (compléter activité professionnelle svp)

Date d'effet 01.01.2007, mais pas avant réception de la première prime

Date terme l'Age de pension : 65 ans

PRENEUR D'ASSURANCE/ASSURE

NOM |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Prénoms |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Rue |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| N° |_|_|_|_| Boîte |_|_|

Code postal |_|_|_|_| Localité |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Date de naissance |_|_| |_|_| |_|_|_|_| Numéro Régistre National *(voir verso carte d'identité)* |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Sexe ☐ Homme ☐ Femme

État civil ☐ isolé(e) ☐ marié(e) ☐ cohabitant(e) ☐ divorcé(e) ☐ veuf/veuve

Téléphone |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| GSM |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

E-mail |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

CAPITAL-PENSION

Capital à la date terme Le montant des réserves de pension constituées à la date terme

Bénéficiaire Preneur d'assurance

GARANTIES-DÉCÈS

Décès par accident ou maladie Les réserves de pension constituées

Bénéficiaire(s) personnes mariés
1. le conjoint du preneur d'assurance
2. les enfants du preneur d'assurance par parts égales
3. les héritiers légaux du preneur d'assurance

Bénéficiaire(s) personnes non-mariées
(choix libre)
☐ les héritiers légaux du preneur d'assurance
☐ autre(nom, date de naissance et parenté)

PRIMES

Montant 8,17% (pour la PCLI normal) ou 9,4% (pour la PCLI Sociale) du revenu professionnel de référence de base pour le calcul des cotisations sociales
Allocation INAMI adaptée annuellement pour les conventions INAMI

Paiement Paiement trimestriel (sauf pour la convention INAMI) ou annuel

Régime fiscal Déductible au même titre que les cotisations sociales (sauf pour la convention INAMI)

DISPOSITIONS COMPLÉMENTAIRES

La présente assurance est soumise aux Conditions Générales (CGXER-03/2007) et, seulement pour la PCLI Sociale et la convention INAMI, aux dispositions du Règlement de Solidarité (SOLF-003).Le Règlement de Solidarité a, en ce qui concerne les prestations de solidarité, priorité sur les Conditions Générales.

DEMANDE

Le soussigné demande à XERIUS Association d'Assurances Mutuelles d'établir un contrat d'assurance du type INAMI ou PCLI (Sociale) aux caractéristiques contenues dans le présent formulaire de souscription. Cependant, cette demande n'offre aucune couverture et n'oblige ni de conclure le contrat ni le soussigné de payer des primes.

Si, cependant, dans les 30 jours après réception de ce formulaire de souscription dûment complété et signé, XERIUS n'a pas délivré de contrat d'assurance au preneur ou n'a pas refusé la demande du preneur, XERIUS s'engage à conclure le contrat d'assurance. Avant la conclusion du contrat d'assurance, XERIUS ne peut encaisser aucun versement ou indemnité.

COMMUNICATION CONFORMÉMENT À LA LOI DU 8 DÉCEMBRE 1992 RELATIVE À LA PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE

Le responsable du traitement des données communiquées par vos soins est XERIUS Association d'Assurances Mutuelles, Rue Royale 284, B-1210 Bruxelles. Ces données sont stockées dans un fichier et traitées en vue de la gestion de votre/vos police(s) d'assurance, et pour vous informer des différents produits et services d'assurance que nous offrons ainsi qu'à des fins promotionnelles.

Vous disposez à tous moments d'un droit d'accès et de rectification gratuit de ces données. Si vous ne désirez pas que nous utilisions vos données à des fins promotionnelles, vous pouvez demander par écrit, sans aucun frais, la suppression ou la modification de celles-ci du fichier.

RENSEIGNEMENTS ET DÉCLARATIONS DIVERS

Le preneur d'assurance déclare :

- que toutes les données mentionnées sont correctes
- d'accepter de manière expresse que chaque médecin, en cas de décès, puisse rendre au médecin-conseil d'AAM XERIUS un certificat médical dûment complété (selon son modèle) avec mention de la cause du décès.

Le preneur d'assurance déclare en outre :

☐ avoir déjà conclu un ou plusieurs contrat(s) d'assurance sur la vie auprès de la ou des compagnie(s) suivante(s):

.....

☐ avoir déjà résilié, réduit ou racheté ce ou ces contrat(s) auprès de la ou des compagnie(s) suivante(s): .....

.....

☐ avoir l'intention, à l'occasion de la présente souscription, de résilier, réduire ou racheter ce ou ces contrat(s) auprès dela ou des compagnie(s) suivante(s): .....

☐ n'avoir encore conclu aucun contrat d'assurance sur la vie

Le preneur d'assurance déclare par ailleurs que le présent contrat :

☐ sert de couverture ou de reconstitution

☐ ne sert pas de couverture ou de reconstitution d'un crédit sollicité par le preneur d'assurance

Nom et prénom du preneur d'assurance:. .....

Signature: *(précédée de la mention manuscrite 'lu et approuvé')*

Date |_|_| |_|_| |_|_|_|_|