

Formulaire de modification Plan Capital

Concernant le numéro de Certificat

Données contractuelles

Prime périodique

- Passer à: EUR par mois (min. 30,60 EUR par mois, incluant la taxe sur individuelle de 2%)
- Passer à: EUR par trimestre (min. 91,50 EUR par trimestre, incluant la taxe sur l'assurance individuelle de 2%)
- Passer à: EUR par semestre (min. 183,60 EUR par semestre, incluant la taxe sur l'assurance individuelle de 2%)
- Passer à: EUR par an (min. 367,20 EUR par an, incluant la taxe sur individuelle de 2%)

Prolonger la durée

Je désire prolonger la durée jusqu'à ans.

Versement supplémentaire

- Je souhaite faire un versement supplémentaire de EUR (min. 255,- EUR, incluant la taxe sur l'assurance individuelle de 2%)

Suspension des primes

Uniquement possible si la valeur constituée s'élève minimum à 500,- EUR.

- Je désire suspendre le paiement des primes au - - .

Reprise

Uniquement possible si la prime périodique est interrompue et que la valeur constituée est restée dans le fonds.

- Je désire reprendre le paiement de ma prime périodique au - - .

Paie ment

- Par domiciliation (un formulaire de domiciliation vous sera envoyé)
- Par bulletin de virement
- Par ordre permanent (veuillez contacter votre organisme financier)

Rachat partiel

- Je désire procéder à un rachat partiel à concurrence de EUR. La valeur constituée restante du contrat doit s'élever à minimum 500,- EUR. Il est donc possible que MoneyMaxx versera un montant inférieur au montant mentionné.
- Je désire retirer le montant maximum.

Veuillez verser le montant sur le compte numéro: BIC

IBAN - - - - -

Veuillez joindre une copie de la carte d'identité du preneur d'assurance + copie récente compte en banque.

Adresse

- Preneur d'assurance Assuré Bénéficiaire

Nom: Prénom:

Date de naissance: M F

Adresse: N°: Bte:

Code postal: Localité:

Tél.: GSM:

E-mail:

Veuillez ne pas oublier de signer au verso.

Preneur d'assurance

- Modification du preneur d'assurance au 0 1 - - 2 0 - -
- Modification du preneur d'assurance en cas de décès du preneur d'assurance actuel

Veillez introduire ci-après les données du nouveau preneur d'assurance.

Nom: _____ Prénom: _____
Date de naissance: _____ Numéro de registre national: _____ / _____ / _____ M F
Adresse: _____ N°: _____ Bte: _____
Code postal: _____ Localité: _____
Tél.: _____ GSM: _____
E-mail: _____

Veillez joindre une copie de la carte d'identité du nouveau preneur d'assurance.

Lieu: _____

Date: / /

Signature du preneur d'assurance actuel:

X

Lieu: _____

Date: / /

Signature du nouveau preneur d'assurance:

X

Attribution bénéficiaire(s)

- Je désire changer le(s) bénéficiaire(s); envoyez-moi les documents nécessaires.

Souscription

Lieu: _____

Date: / /

Signature du preneur d'assurance:

X