

## Formulaire de modification CombiPlan

Concernant le numéro de Certificat

### Données contractuelles

#### Prime périodique

- Passer à:  EUR par mois (min. 50,55 EUR, max. 505,50 EUR, incluant la taxe sur l'assurance individuelle de 1,1%)  
 Passer à:  EUR par trimestre (min. 151,65 EUR, max. 1.516,50 EUR, incluant la taxe sur l'assurance individuelle de 1,1%)

#### Versement supplémentaire

Le versement supplémentaire est réparti selon la clé de répartition actuelle.

- Je souhaite faire un versement supplémentaire de  EUR (min. 252,75 EUR, incluant la taxe sur l'assurance individuelle de 1,1%)

#### Clé de répartition de vos versements au fonds dans le futur

	AEGON Combi Rente Fund	AEGON Combi Equity Fund
Passer à:	<input type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 0%
	<input type="checkbox"/> 75%	<input type="checkbox"/> 25%
	<input type="checkbox"/> 50%	<input type="checkbox"/> 50%
	<input type="checkbox"/> 25%	<input type="checkbox"/> 75%
	<input type="checkbox"/> 0%	<input type="checkbox"/> 100%

#### Répartition de la valeur constituée

	AEGON Combi Rente Fund	AEGON Combi Equity Fund
Passer à:	<input type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 0%
	<input type="checkbox"/> 75%	<input type="checkbox"/> 25%
	<input type="checkbox"/> 50%	<input type="checkbox"/> 50%
	<input type="checkbox"/> 25%	<input type="checkbox"/> 75%
	<input type="checkbox"/> 0%	<input type="checkbox"/> 100%

**Attention: la répartition actuelle de vos versements au fonds dans le futur ne sera pas modifiée.**

#### Suspension des primes

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

### Paiement

- 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 bancaire numéro:  -  -  (pas de compte d'épargne).

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

**Veuillez ne pas oublier de signer au verso.**

MoneyMaxx est la dénomination commerciale de AEGON Spaarkas S.A. en Belgique, avec pour mandataire général LYDIAN lawyers Société agréée sous le code 1047 pour l'offre de produits de la Branche 23.

## Adresse

Preneur d'assurance     Assuré     Bénéficiaire

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_  M  F

Adresse: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Bte: \_\_\_\_\_

Code postal: \_\_\_\_\_ Localité: \_\_\_\_\_

Tél.: \_\_\_\_\_ GSM: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

## Preneur d'assurance

Modification du preneur d'assurance au **01** - \_\_\_\_ - **200**.  
*Veillez introduire ci-après les données du nouveau preneur d'assurance.*

Modification du preneur d'assurance en cas de décès du preneur d'assurance actuel.  
*Si l'assuré n'est pas la même personne que le preneur d'assurance actuel, les droits du preneur d'assurance sont cédés à l'assuré au décès du preneur d'assurance. Si vous souhaitez préciser vous-même la personne à laquelle ces droits seront cédés après le décès, introduisez 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: 

Lieu: \_\_\_\_\_ Date: / /

Signature du nouveau preneur d'assurance: 

## Attribution bénéficiaire(s)

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

## Souscription

Lieu: \_\_\_\_\_ Date: / /

Signature du preneur d'assurance: 

Veillez renvoyer ce formulaire signé à **Moneymaxx - c/o LYDIAN lawyers - Avenue du Port 86c b113 - 1000 Bruxelles.**

Vous avez d'autres questions? Appelez-nous au numéro de téléphone gratuit **0800/99.123.**