

A renvoyer dûment complété et signé à:
 Allianz Benelux sa
 Employee Servicing
 Rue de Laeken 35 – 1000 Bruxelles
 ou par e-mail: EmployeeServicing@allianz.be
 et en garder une copie

Déclaration de démission d'un membre du personnel bénéficiant d'une assurance de groupe

Date de la démission :

Identification de l'employeur

Numéro de groupe BCVR :

Nom de l'employeur :

Identification de l'affilié

Nom :

Prénom(s) :

Numéro de matricule :

Adresse : Rue :

N°/Boite :

Code postal :

Localité :

Date de naissance :

N° de registre national :

Prestation du préavis

Oui

Non, avec indemnité

Non, sans indemnité

Durée du préavis non presté

Sans objet

Nombre de mois :

Remarques :

Propriétaire des contrats numéros :

Après réception de ce formulaire rempli et signé, nous ne manquerons pas de vous envoyer les éventuels documents supplémentaires à remplir.

Accord de l'employeur

Date :

Nom du signataire :

Signature :

