

Gelieve het document volledig ingevuld en ondertekend terug te sturen naar:  
Allianz Benelux nv  
Employee Servicing  
Lakensestraat 35 – 1000 Brussel  
of  
per e-mail: [EmployeeServicing@allianz.be](mailto:EmployeeServicing@allianz.be)  
en zelf een kopie te bewaren.



## Aansluitingsdocument Easy Plan

Naam Werkgever:

Groepsnummer: BCVR

**Te vervolledigen door het personeelslid** (in hoofdletters a.u.b.)

Naam:

(meisjesnaam voor de vrouwen)

Voornaam:

Adres: Straat:

Nr/Bus:

Postnummer:

Woonplaats:

Geboortedatum:

Rijksregisternummer:

Geslacht:

Mannelijk

Vrouwelijk

Sociaal statuut:

Loontrekkende

Zelfstandige

Officiële taal:

Nederlands

Frans

**Burgerlijke staat**

Alleenstaand

Feitelijk gescheiden sinds:

Gehuwd sinds:

Gescheiden van tafel en bed sinds:

Wettelijk samenwonend sinds:

Wettelijk gescheiden sinds:

Feitelijk samenwonend sinds:

Weduwnaar / Weduwe sinds:

Gezinssamenstelling	Naam (meisjesnaam voor de vrouwen)	Voornaam	Geboortedatum	Geslacht	Kinderbijslag en/of ten laste
Partner				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	
Kind				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen
Kind				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen
Kind				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen
Kind				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen
Kind				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen

Overlijdenskapitaal :  
(cfr. reglement):

Standaardkeuze

Vrije keuze (= terugbetaling reserves)

- Het personeelslid verklaart zich akkoord met de bepalingen van het groepsverzekeringsreglement dat door de Werkgever ten gunste van zijn personeelslid werd ingevoerd.
- De begunstigden, in geval van overlijden van het personeelslid, zijn de personen aangeduid in het groepsverzekeringsreglement. Indien u de clausule met de aanduiding van de begunstigden wenst te wijzigen, gelieve het voorziene document “Wijziging van begunstigden” in te vullen en bij onderhavig document bij te voegen.
- De verzekeringscontracten zullen worden opgemaakt op grond van onderhavige aansluitingsaanvraag en van de bepalingen van het groepsverzekeringsreglement.
- De verzekeraar behoudt zich het recht voor om de aansluiting afhankelijk te maken van het resultaat van medische formaliteiten. De beoordeling van dat resultaat komt de verzekeraar toe.

#### Te vervullen door de Werkgever

Datum van indiensttreding:	Datum van aansluiting:
Proefperiode: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Indien ja, einddatum:
Werkelijke maandelijkse refertebezoldiging:	Tewerkstellingspercentage: %
Personeelscategorie:	Stamnummer:

De Werkgever bevestigt dat het personeelslid effectief aan het werk is op de datum van onderhavige aansluitingsaanvraag. Hij bevestigt eveneens de juistheid van de gegevens betreffende de familiale toestand en het volledige adres van het personeelslid.

Personeelslid (naam, voornaam, datum en handtekening)

Werkgever (naam, datum en handtekening)

