

A remplir par l'employeur

Obligation d'information de l'employeur envers le travailleur conformément à l'article 208 de la loi du 4 avril 2014 relative aux Assurances.

Ce document doit être transmis au travailleur concerné au plus tard dans les 30 jours suivant la perte du bénéfice de l'assurance incapacité de travail liée à l'activité professionnelle.

Coordonnées de l'employeur

Nom de l'employeur _____
Numéro du contrat _____

Coordonnées du travailleur

Nom et prénom _____

Dates importantes

Date à laquelle le travailleur a été averti du droit de continuation individuelle de l'assurance incapacité de travail liée à l'activité professionnelle: ___ / ___ / ___

L'affiliation à l'assurance incapacité de travail liée à l'activité professionnelle susvisée a pris/prend fin au: ___ / ___ / ___

Information destinée au travailleur

Vous disposez du droit de poursuivre individuellement, en tout ou en partie, l'assurance incapacité de travail liée à l'activité professionnelle, en cas de perte de bénéfice de cette assurance, sans devoir subir un examen médical supplémentaire ni devoir remplir un nouveau questionnaire médical.

La seule condition est d'avoir été affilié de manière ininterrompue durant les 2 années précédant la perte du bénéfice du contrat.

Si vous désirez faire usage de ce droit de poursuite individuelle, vous devez transmettre le formulaire de demande en annexe (voir verso) dans les 30 jours suivant la réception de cette lettre à l'attention de:

Employee Benefits
Desguinlei 92
B – 2018 Antwerpen (également pour les contrats gérés au siège de Bruxelles)
Tél: 03/244.66.77
Fax: 03/244.44.02
E-mail: sceb-antwerpen@vivium.be

Vous avez le droit de prolonger le délai susvisé d'une période de 30 jours, à condition que vous en avertissiez VIVIUM par écrit ou par voie électronique.

Fait en deux exemplaires à _____, le ___ / ___ / ___

Signature de l'employeur,

Signature du travailleur,

A remplir par le travailleur

Vos coordonnées

Nom et prénom _____
Rue & numéro / boîte _____
Code postal & localité _____
Adresse e-mail _____
Date de naissance ___ / ___ / ___
Nouvelle profession _____
Veuillez donner une description précise de votre profession :

Nouveau statut social salarié indépendant profession libérale

Demande de continuation individuelle

Je désire poursuivre individuellement l'assurance incapacité de travail liée à l'activité professionnelle susvisée sans nouvelle formalité médicale pour un montant de rente annuelle de _____,00 EUR (au maximum ma dernière rente assurée dans l'assurance groupe).

Avez-vous été assuré de manière ininterrompue durant les 2 années précédant la perte de cette garantie liée à l'activité professionnelle, auprès de un ou plusieurs assureurs? oui non

Vous transmettez ce formulaire de demande dans les 30 jours suivant le moment où vous avez été averti par votre employeur du droit de continuation individuelle, à l'attention de:

Employee Benefits
Desguinlei 92
B – 2018 Antwerpen (également pour les contrats gérés au siège de Bruxelles)
Tél: 03/244.66.77
Fax: 03/244.44.02
E-mail: sceb-antwerpen@vivium.be

Vous avez le droit de prolonger le délai susvisé d'une période de 30 jours, à condition que vous en avertissiez VIVIUM par écrit ou par voie électronique. En tout état de cause, ce délai expire 105 jours après la perte du bénéfice de l'assurance.

Fait à _____, le ___ / ___ / ___

Signature,