

Formulaire de modification **Plan Capital**

Le numéro de Certificat concerné: L. _____

Données contractuelles

Prime périodique

Passer à: _____ EUR par mois (min. 30,60 EUR par mois, incluant la taxe sur l'assurance individuelle de 2%)

Passer à: _____ EUR par trimestre (min. 91,80 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 l'assurance individuelle de 2%)

Versement supplémentaire

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

Merci de bien vouloir virer le montant sur le numéro de compte NL89ABNA0450001067 au nom de Aegon Nederland N.V. à Leeuwarden, avec la mention 'versement supplémentaire' et votre numéro de certificat.

Suspension des primes

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

Je désire suspendre le paiement des primes au 0 1 - _____ - 2 0 _____

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 0 1 - _____ - 2 0 _____

Paiement

Par domiciliation (un formulaire de domiciliation vous sera envoyé)

Par bulletin de virement

Rachat

Je souhaite arrêter mon contrat de façon anticipée.

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.

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 du compte en banque.

Adresse

Preneur d'assurance Assuré Bénéficiaire

Nom: _____ Prénom: _____

Date de naissance: _____ H F

Adresse: _____ N°: _____ Bte: _____

Code postal: _____ Localité: _____

Tél.: _____ GSM: _____

E-mail: _____

Veillez ne pas oublier de signer au verso.

Preneur d'assurance

Modification du preneur d'assurance au 0, 1 - - 2, 0. Veuillez introduire ci-après les données du nouveau preneur d'assurance.

Modification du preneur d'assurance en cas de décès du preneur d'assurance actuel.

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

Nom: _____ Prénom: _____

Date de naissance: _____ H F Numéro de registre national: _____

Adresse: _____ N°: _____ Bte: _____

Code postal: _____ Localité: _____

Tél.: _____ GSM: _____

E-mail: _____

Veuillez 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:

Signature

Lieu: _____ Date: _____

Signature du preneur d'assurance: