



Cigna Eurprivileges

ASSURANCE DÉCÈS - INVALIDITÉ

La couverture statutaire prévue par votre employeur garantit un capital décès et invalidité permanente mais se limite au risque accident. Pour cette raison **Cigna Eurprivileges**, en collaboration avec **Afiliatys**, vous offre le contrat de groupe spécialement conçu qui garantit l'indemnisation en cas de décès et invalidité permanente et totale toute cause (accident et maladie). Vous pouvez choisir librement le capital assuré et la couverture tenant compte de vos besoins personnels, votre situation familiale, etc.

QUI PEUT S'AFFILIER?

L'affiliation à cette assurance est facultative mais vous pouvez uniquement vous affilier pendant vos activités professionnelles auprès d'une des institutions de l'Union européenne. Vous pouvez également affilier votre conjoint et/ou vos enfants.

Les personnes suivantes peuvent s'affilier:



- **Les fonctionnaires et agents temporaires des institutions et organes de l'Union européenne;**
- **Les membres des institutions et organes de l'Union européenne;**
- **Les employés de la Banque européenne d'investissement, la Banque centrale européenne, l'Institut universitaire européen à Florence, les Ecoles européennes ou tout autre organisme créé par un traité de l'Union européenne.**

CONDITIONS FOR AFFILIATION

- **Fournir toutes les informations médicales demandées par la compagnie d'assurance (au moins le questionnaire d'état de santé);**
- **Être membre d'Afiliatys (la demande d'affiliation à Afiliatys peut se faire en même temps que la demande d'affiliation à cette assurance);**
- **L'affiliation est possible jusqu'à l'âge de 65 ans.**

Lorsque le fonctionnaire prend sa retraite, la garantie de cette assurance se termine également. La couverture décès peut toutefois être prolongée jusqu'à l'âge de 80 ans en tenant compte des conditions spécifiques déterminées par la compagnie d'assurance.

BÉNÉFICIAIRES

Vous pouvez indiquer librement les bénéficiaires de la couverture décès. Vous pouvez également indiquer une banque comme bénéficiaire pour une partie ou la totalité du capital assuré.

En cas d'un prêt hypothécaire nous pouvons vous offrir un produit conçu spécialement à cette fin, l'assurance Solde restant dû.

FORMULES ET CAPITAUX ASSURÉS

Formules

Assurance décès

En cas de décès ('toute cause' = accident et maladie) de la personne assurée, le capital assuré sera versé aux bénéficiaires indiqués dans le contrat.

Assurance invalidité

En cas d'invalidité permanente et totale ('toute cause' = accident et maladie) de la personne assurée, le capital assuré sera payé. Cette couverture ne peut pas être souscrite séparément et doit donc être combinée avec la couverture décès. Le capital assuré en cas d'invalidité ne peut excéder le capital assuré en cas de décès.

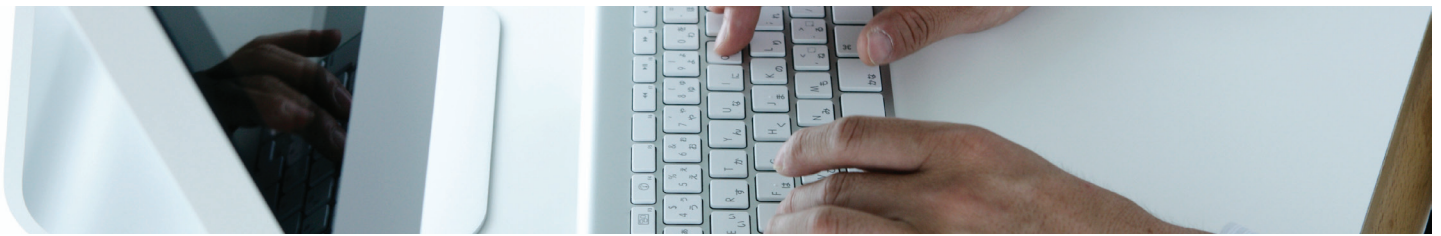
Capitaux assurés

Le capital assuré est un multiple du traitement de base mensuel du souscripteur individuel

- Le souscripteur individuel peut choisir librement le capital assuré (max. 60 x le traitement de base mensuel sans dépasser le montant de 500.000,00 EUR);
- Le capital invalidité ne peut pas dépasser le capital décès;
- Une fois que vous êtes affilié, le capital assuré changera automatiquement quand votre traitement de base change;
- Le capital assuré sera basé sur le traitement de base mensuel du souscripteur individuel au moment du décès ou de la mise en invalidité, multiplié par le coefficient choisi;
- Le capital assuré du conjoint sera également basé sur le traitement de base du souscripteur individuel et ne peut pas dépasser le capital assuré du souscripteur même;
- Les primes seront déduites automatiquement du traitement.

Le capital assuré est un montant fixe

- Le souscripteur individuel et son conjoint peuvent choisir librement les capitaux assurés (max. 500.000,00 EUR). Le capital assuré au nom du conjoint ne peut pas dépasser le capital assuré au nom du souscripteur individuel;
- Le capital invalidité ne peut pas dépasser le capital décès;
- Le capital assuré reste inchangé pendant toute la durée de l'assurance (sauf demande explicite);
- Les primes sont encaissées mensuellement par ordre permanent de virement bancaire.



PRIMES

Les taux de primes sont déterminés en fonction de l'âge et changent quand vous entrez dans une nouvelle tranche d'âge.

EXEMPLE 1

| | |
|------------------------------|--|
| L'âge de la personne assurée | 37 ans |
| Capital décès | 250.000,00 EUR |
| Capital invalidité | 250.000,00 EUR |
| Prime mensuelle | couverture décès 28,50 EUR |
| | couverture invalidité 21,25 EUR |
| | Prime totale 49,75 EUR |

EXEMPLE 2

| | |
|------------------------------|--|
| L'âge de la personne assurée | 44 ans |
| Capital décès | 250.000,00 EUR |
| Capital invalidité | 250.000,00 EUR |
| Prime mensuelle | couverture décès 42,75 EUR |
| | couverture invalidité 33,25 EUR |
| | Prime totale 76,00 EUR |

DEMANDER UNE OFFRE?

Avant de vous décider, vous pouvez d'abord demander une offre. Remplissez à cette fin le document en annexe et renvoyez-le nous. Nous vous enverrons alors une offre chiffrée afin que vous puissiez prendre une décision à votre aise.

COMMENT M'AFFILIER?



Envoyez-nous le formulaire d'affiliation signé pour accord ainsi qu'un questionnaire d'état de santé dûment rempli. Après acceptation par le médecin-conseil, nous réglerons votre dossier.

VEUILLEZ ENVOYER LES DOCUMENTS À:

Par courrier

Cigna Eurprivileges
Plantin en Moretuslei 299
2140 Antwerpen
BELGIQUE

Par e-mail

info@eurprivileges.com



Pour toute autre information concernant l'assurance santé complémentaire, prière de consulter les **questions fréquemment posées** sur notre site Internet www.eurprivileges.com ou contactez-nous au +32 3/217 65 76.

Demande d'offre

Assurance décès – invalidité

Contrat Allianz 909.478

Identité du souscripteur

| | | | | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------------|--|
| Nom | | | | Prénom | | | |
| Date de naissance (j - m - a) | | | | Sexe | <input type="radio"/> M | <input type="radio"/> F | |
| Adresse privé: | Rue | | | N° | | | |
| | Code postal | | | Lieu | | | |
| Email privée | | | | N° tel. privé | | | |
| Etat civil | <input type="radio"/> célibataire | <input type="radio"/> marié(e) | <input type="radio"/> divorcé(e) | <input type="radio"/> concubin(e) * | <input type="radio"/> veuf/veuve | | |
| Institution | | | | N° de personnel | | | |
| Lieu de travail | | | | Grade et échelon | | | |
| Adresse de bureau | | | | | | | |
| Email au bureau | | | | N° de tél. de bureau | | | |
| N° de membre Afiliatys | | | | | | | |

* moyennant la présentation du certificat de concubinage

Autres personnes à assurer

Conjoint(e)

| | | |
|-----|--------|-------------------|
| Nom | Prénom | Date de naissance |
|-----|--------|-------------------|

Enfant(s) à charge

| | | |
|-----|--------|-------------------|
| Nom | Prénom | Date de naissance |
|-----|--------|-------------------|

| | | |
|-----|--------|-------------------|
| Nom | Prénom | Date de naissance |
|-----|--------|-------------------|

| | | |
|-----|--------|-------------------|
| Nom | Prénom | Date de naissance |
|-----|--------|-------------------|

Autres personne(s) à charge

| | | |
|-----|--------|-------------------|
| Nom | Prénom | Date de naissance |
|-----|--------|-------------------|

| | | |
|-----|--------|-------------------|
| Nom | Prénom | Date de naissance |
|-----|--------|-------------------|

Date d'effet de l'assurance

____ / ____ / ____

Garanties

- Décès 'toute cause'
- Invalidité 'toute cause'

Capitaux assurés

1. Exprimé en multiple du traitement de base mensuel (= TBM = EUR)

ou

2. Exprimé comme capital fixe

| | Décès 'toute cause' | | Invalidité 'toute cause' | | | |
|---------------------|---------------------|---------|--------------------------|----|---------|-----|
| | 1. | x TBM = | EUR | 1. | x TBM = | EUR |
| Souscripteur | | | | | | |
| | 2. | | EUR | 2. | | EUR |
| Conjoint(e) | 1. | x TBM = | EUR | 1. | x TBM = | EUR |
| | 2. | | EUR | 2. | | EUR |
| Enfant 1 | 1. | x TBM = | EUR | 1. | x TBM = | EUR |
| | 2. | | EUR | 2. | | EUR |
| Enfant 2 | 1. | x TBM = | EUR | 1. | x TBM = | EUR |
| | 2. | | EUR | 2. | | EUR |
| Enfant 3 | 1. | x TBM = | EUR | 1. | x TBM = | EUR |
| | 2. | | EUR | 2. | | EUR |

Date _____ Lieu _____

Signature _____

Les données communiquées peuvent être traitées par Cigna, Plantin en Moretuslei 299, 2140 Antwerpen, Belgique, maître du fichier, en vue du service aux assurés, la gestion des polices d'assurance et des sinistres. Uniquement à cet effet, le soussigné donne son consentement spécifique et informé quant au traitement des données médicales concernant lui/elle-même et/ou les membres de sa famille. La loi relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel du 8 décembre 1992 prévoit le droit d'accès et de rectification ainsi que la possibilité de consulter le registre.