

CARACTERISTIQUES ADMINISTRATIVES

1. Preneur(s) d'assurance & contrat	
Preneur d'assurance 1:
Preneur d'assurance 2:
Numéro du contrat:	10044-
Numéro du crédit:	103-

Le(s) preneur(s) d'assurance demande(nt) à SA Crelan Insurance de faire les modifications reprises ci-dessous au contrat sus-mentionné. ¹

MODIFICATIONS

<input type="checkbox"/> Paiements des primes futures	
Fréquence:	<input type="checkbox"/> Prime unique <input type="checkbox"/> Primes de risque <input type="checkbox"/> Prime périodique (compléter périodicité & nombre de paiements)
Périodicité:	<input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> Semestriel <input type="checkbox"/> Annuel
Nombre de paiements:	<input type="checkbox"/> conserver la durée du plan de paiement actuel (si la réserve reste positive) <input type="checkbox"/> pendant 2/3 de la durée (restante) <input type="checkbox"/> étalement maximal dans le temps <input type="checkbox"/> nombre minimal (en fonction du maximum déductible ²) <input type="checkbox"/> nombre (en fonction de la périodicité)
<input type="checkbox"/> Fiscalité: ajouter une convention (compte d'assurance) ³	
Prise d'effet: (date)
Régime juridico-fiscal:	<input type="checkbox"/> déduction pour habitation unique (art. 104, 9° CIR92) <input type="checkbox"/> épargne à long terme (art. 145/1, 2° CIR92) <input type="checkbox"/> épargne pension <input type="checkbox"/> sans réduction d'impôt
<input type="checkbox"/> Fumeur / Non-fumeur	
Fumeur:	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Changement depuis ⁴ :

¹ Les modifications prennent effet au plus tôt à la date de réception du présent document par SA Crelan Insurance.

² Exclusivement pour des conventions avec une immunisation fiscale.

³ Prière d'indiquer les paiements de primes désirés sur les conventions respectives.

⁴ Afin de bénéficier du tarif non-fumeur, l'assuré doit avoir arrêté de fumer depuis au moins un an.

<input type="checkbox"/> Montant assuré en cas de décès ⁵	
Prise d'effet: (date)
Montant: € (montant pour l' assurance solde restant dû)
Durée restant du crédit:	<input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> jusqu'au (date)
Type d'amortissements:	<input type="checkbox"/> Annuités constantes <input type="checkbox"/> Annuités constantes indexées <input type="checkbox"/> Amortissements constants (dégressif) <input type="checkbox"/> Amortissements constants indexés <input type="checkbox"/> Capital constant (terme fixe)
Taux d'intérêt: % (TAEG)
<input type="checkbox"/> Mise en gage ⁶	
Créancier gagiste:	Nom:
	Adresse:
Référence de l'emprunt (facultatif):
<input type="checkbox"/> Autres	
Prise d'effet: (date)
.....	
.....	
.....	
.....	
Signature du(des) preneur(s) d'assurance	
Date: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

⁵ Sous couvert d'acceptation médicale.

⁶ Pour cette modification SA Crelan Insurance ajoutera € 15,00 à charge du preneur d'assurance (ce montant est indexé selon l'indice-santé des prix à la consommation (base = indice de janvier 2008); l'indice pris en compte est celui du 2^{ème} mois du trimestre qui précède la date de modification du contrat).