



Société en liquidation

APRA Leven nv en liquidation

Jan Van Rijswijcklaan 66

2018 ANTWERPEN

**Formulaire rectificatif à remplir par les affiliés à une assurance groupe
souscrite auprès d'Apra Leven par leur ancien employeur**

Je soussigné,

- Nom et prénom :
- Adresse légale :

Agissant en ma qualité d'affilié d'une assurance groupe souscrite auprès d'Apra Leven par mon ancien employeur, contrat dont les références sont les suivantes :

- Numéro contrat :
- Autres informations utiles :

Souhaite rectifier mon choix précédent quant à la destination à donner à la réserve de pension constituée auprès d'Apra Leven et déclare que le présent formulaire annule et remplace le formulaire précédent.

Je déclare par la présente (cocher la case de la catégorie qui vous est applicable) :

- Avoir atteint l'âge de la pension (dans ce cas compléter la **partie I**)
- Ne pas avoir l'âge de la pension

Si vous n'avez pas atteint l'âge de la pension, veuillez cocher la case de la catégorie qui vous est applicable

- Première catégorie

Cette catégorie vise les affiliés dont l'ancien employeur n'existe plus et dont les engagements de pension complémentaire pris envers l'affilié n'ont pas été repris par un autre employeur.

Cette catégorie vise uniquement les cas suivants :

- votre ancien employeur et/ou son activité ont été repris par une autre société (par exemple dans le cadre d'une fusion) et ses engagements de pension n'ont pas été repris par un autre employeur ;
- votre ancien employeur a été déclaré en faillite et la procédure de faillite a été clôturée sans reprise des engagements de pension par un autre employeur ;
- votre ancien employeur a été mis en liquidation et la procédure de liquidation a été clôturée sans reprise des engagements de pension par un autre employeur ;

Si c'est votre cas, veuillez compléter la **partie II** ci-après et nous retourner le présent formulaire complété et signé.

Ce formulaire complété et signé en dernière page doit être renvoyé en joignant une copie de votre carte d'identité.

Deuxième catégorie

Cette catégorie vise les affiliés dont l'ancien employeur existe encore de sorte que celui-ci est toujours en mesure de respecter (et transférer) ses engagements de pension à l'égard de l'affilié.

Cette deuxième catégorie vise tous les autres cas non expressément visés par la première catégorie, y compris les cas où l'ancien employeur a été déclaré en faillite ou mis en liquidation mais que la procédure n'a pas été clôturée et/ou les cas où l'ancien employeur et/ou son activité ont été repris par une autre société (par exemple dans le cadre d'une fusion) qui a également repris les engagements de pension pris à l'égard de l'affilié.

Si c'est votre cas, veuillez compléter la **partie III** ci-après et nous retourner le présent formulaire complété et signé.

I. A compléter par les affiliés qui ont atteint l'âge de la pension

Je demande aux liquidateurs de payer la réserve de pension constituée dans le cadre de l'assurance groupe souscrite par mon ancien employeur auprès d'Apra Leven sur le compte bancaire suivant :

- Banque:
- Numéro de compte IBAN:
- Swift:
- Autres informations utiles:

II. A compléter uniquement par les affiliés qui n'ont pas encore atteint l'âge de la pension et font partie de la première catégorie, c-à-d ceux dont l'ancien employeur doit être considéré comme n'existant plus (employeur qui n'est plus en mesure de respecter ses engagements de pension pris envers l'affilié)

Soit :

- Je donne instruction aux liquidateurs de transférer la réserve de pension auprès de l'organisme de pension suivant repris sur la liste publiée sur le site web de la FSMA (<http://www.fsma.be/fr/supervision/pensions/ap/apwn/article/lijsten/apwn.aspx>)
 - Nom et forme légale de l'organisme de pension :
 - Siège social de de l'organisme de pension :
.....
 - Personne de contact et coordonnées :
.....
 - Compte bancaire :
 - Références :
 - Autres informations utiles:

Soit :

- Je donne instruction aux liquidateurs de transférer la réserve de pension auprès de l'organisme de pension auprès duquel mon actuel employeur a souscrit une assurance de groupe :
 - Nom de l'employeur actuel :
 - Nom et forme légale de l'organisme de pension :
 - Siège social de de l'organisme de pension :
.....
 - Personne de contact et coordonnées :
.....
 - Compte bancaire :
 - Références :
 - Autres informations utiles:

III. A compléter par les affiliés qui n'ont pas encore atteint l'âge de la pension et font partie de la seconde catégorie, c-à-d ceux dont l'ancien employeur doit être considéré comme existant encore (employeur encore en mesure de respecter ses engagements de pension pris envers l'affilié)

Soit :

- Je choisis de laisser la réserve de pension dans l'assurance groupe de mon ancien employeur (et j'autorise les liquidateurs à suivre les instructions de mon ancien employeur de transférer la réserve de pension constituée dans le cadre de l'assurance groupe souscrite auprès d'Apra Leven à l'assureur qu'il indiquera).

Soit :

- Je demande aux liquidateurs de transférer la réserve de pension constituée dans le cadre de l'assurance groupe souscrite auprès d'Apra Leven auprès de l'organisme de pension suivant repris sur la liste publiée sur le site web de la FSMA (<http://www.fsma.be/fr/in-the-picture/Article/faq/faqapraleven.aspx>):
 - Nom et forme légale de l'organisme de pension :
 - Siège social de de l'organisme de pension :
.....
 - Personne de contact et coordonnées:
.....
 - Compte bancaire :
 - Références:
 - Autres informations utiles:



Société en liquidation

Soit :

- Je donne instruction aux liquidateurs de transférer la réserve de pension auprès de l'organisme de pension auprès duquel mon actuel employeur a souscrit une assurance de groupe :
 - Nom de l'employeur actuel :
 - Nom et forme légale de l'organisme de pension :
 - Siège social de de l'organisme de pension :
.....
 - Personne de contact et coordonnées :
.....
 - Compte bancaire :
 - Références :
 - Autres informations utiles:

Je reconnais et accepte:

- Que le contrat d'assurance groupe auprès d'Apra Leven nv doit être considéré comme ayant pris fin le 4 mars 2011;
- Que ma demande implique, pour autant que de besoin, mon accord pour transférer les éléments du contrat d'assurance groupe souscrit auprès d'Apra Leven conformément aux instructions que constituent le présent document ;
- Que la libération de la réserve de pension se fera en fonction de l'avancement de la liquidation d'Apra Leven nv étant entendu que ma créance sur Apra Leven nv en liquidation est maintenue pour la partie qui n'a pas été transférée ;
- Que la libération de la réserve de pension peut, le cas échéant, entraîner la retenue des cotisations, taxes et impôts prévues par la législation fiscale et sociale ;
- Que le renvoi du présent formulaire est susceptible d'être considéré à mon égard comme point de départ pour le calcul du délai de prescription d'un an vis-à-vis de mon ancien employeur pour le transfert de la réserve ;
- Que les liquidateurs ne sont en mesure de libérer le ou les acompte(s) conformément à mes instructions que si j'ai renvoyé aux liquidateurs un formulaire dûment complété et signé accompagné de ma carte d'identité ;

Je déclare que les informations renseignées dans le présent formulaire sont exactes et sincères.

Fait à le/...../.....

Signature

Ce formulaire complété et signé doit être renvoyé à l'adresse mentionnée en tête ou par mail à l'adresse vereffening@apraleven.com, en joignant une copie de votre carte d'identité.