

Wijziging dekking Arbeidsongeschiktheidsverzekering

- Dit formulier kunt u gebruiken voor het wijzigen van de dekking van de verzekering.
- Hebt u vragen? Bel dan gerust 045 579 61 11.

PERSOONLIJKE GEGEVENS

Geboortenaam	<input type="text"/>	Voorletters	<input type="text"/>	Man	Vrouw
Hebt u een partner?	Nee	Ja, naam partner	<input type="text"/>		
Met welke na(a)m(en) wilt u aangeschreven worden?	<input type="text"/>				
Straat en huisnummer*	<input type="text"/>				
	* Inclusief eventuele toevoeging				
Postcode	<input type="text"/>	Plaats	<input type="text"/>		
Land	<input type="text"/>				
Geboortedatum	<input type="text"/>	Burgerservicnr.	<input type="text"/>		
Nationaliteit	Nederlands	Anders, namelijk	<input type="text"/>		
E-mail	<input type="text"/>	Telefoon	<input type="text"/>		
Relatie- of klantnr.*	<input type="text"/>				
	* U vindt dit nummer op uw certificaat of polis.				

WIJZIGING ARBEIDSONGESCHIKTHEIDSVERZEKERING

Datum wijziging	<input type="text"/>	Certificaat- of polisnr.*	<input type="text"/>
			* U vindt dit nummer op uw certificaat of polis.

Ik wijzig hiermee mijn inkomenszekerheid bij arbeidsongeschiktheid.

Ik kies voor de **complete dekking**:

dekking bij **volledige** arbeidsongeschiktheid én bij **gedeeltelijke** arbeidsongeschiktheid.

of

Ik kies **alleen** voor dekking bij **gedeeltelijke** arbeidsongeschiktheid.

Ik kies **alleen** voor dekking bij **volledige** arbeidsongeschiktheid.

Het is mogelijk dat u op basis van de door u gewenste dekking een gezondheidsverklaring moet invullen. Deze gezondheidsverklaring ontvangt u na inzending van dit formulier. De dekking gaat in na acceptatie door Loyalis Verzekeringen.

ONDERTEKENING

Ondergetekende verklaart de gegevens op dit formulier eerlijk te hebben ingevuld.

Datum

Handtekening

Plaats

Terugsturen per e-mail naar: aov@loyalis.nl

of per post: **Loyalis Verzekeringen**
Antwoordnummer 4041
6400 VC Heerlen