

Dekking uitbreiden van uw bestaande Arbeidsongeschiktheidsverzekering

- Dit formulier kunt u gebruiken voor het uitbreiden van de dekking van uw bestaande arbeidsongeschiktheidsverzekering.
- Loyalis gebruikt uw persoonsgegevens om uw aanvraag te verwerken. Hoe Loyalis met uw gegevens omgaat kunt u lezen op loyalis.nl/privacy.
- Hebt u vragen? Bel dan gerust 045 579 61 11.

UW KEUZE

Ik breid de dekking van mijn arbeidsongeschiktheidsverzekering uit met:
 de dekking bij **gedeeltelijke** arbeidsongeschiktheid
 de dekking bij **volledige** arbeidsongeschiktheid
 waardoor ik verzekerd ben van een goed inkomen in alle gevallen (Complete dekking).

De nieuwe dekking gaat in na acceptatie door Loyalis Verzekeringen.

Om uw aanvraag goed te kunnen beoordelen willen wij graag meer weten over uw medische situatie. Wij hebben daarom aanvullende informatie nodig. Voor ons medisch acceptatieproces werken wij samen met ReMedicalGroup. Zij vragen medische gegevens bij u op als dat nodig is. Hebt u vragen over de medische acceptatie van uw aanvraag? Bel dan met ReMedicalGroup via telefoonnummer 025 167 46 74.

PERSOONLIJKE GEGEVENS

| | | | | | |
|---|----------------------------------|-------------------|----------------------|-----|-------|
| Geboortenaam | <input type="text"/> | Voorletters | <input type="text"/> | Man | Vrouw |
| 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"/> | E-mail | <input type="text"/> | | |
| Ik geef Loyalis toestemming om in de toekomst digitaal met mij te communiceren over mijn producten. | | | | | |
| Telefoon | <input type="text"/> | Werkgeversnummer* | <input type="text"/> | | |

* Dit kunt u navragen bij uw personeelsfunctionaris. Dit nummer is alleen nodig als u verzekerd bent via uw werkgever (niet bij een individuele polis).

Is het adres dat u hierboven hebt ingevuld al bij ons bekend? Ja Nee

ONDERTEKENING

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

Datum

Handtekening

Plaats