

Wijzigingen Nabestaandenverzekeringen

- Dit formulier kunt u gebruiken voor het wijzigen van gegevens die betrekking hebben op uw nabestaandenverzekering.
- Hebt u vragen? Bel dan gerust 045 579 61 11.
- Lees de toelichting bij de gezondheidsverklaring. De verzekerde vult vervolgens de gezondheidsverklaring in.
- Stuur het ingevulde en ondertekende formulier en de ingevulde gezondheidsverklaring terug. Het retouradres vindt u op de achterzijde van dit formulier. U hoeft geen postzegel te plakken.

PERSOONLIJKE GEGEVENS VERZEKERINGNEMER

| | | | | | |
|---|-----------------------------------|--------------------|----------------------|-----|-------|
| 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"/> | Burgerservicnr. | <input type="text"/> | | |
| Nationaliteit | Nederlands | Anders, namelijk | <input type="text"/> | | |
| E-mail | <input type="text"/> | Telefoon (overdag) | <input type="text"/> | | |
| Relatie- of klantnr.* | <input type="text"/> | | | | |
| | * U vindt dit nummer op uw polis. | | | | |

ADRESWIJZIGING (Woonadres)

| | | | |
|-----------------------|----------------------------------|--------|----------------------|
| Datum wijziging | <input type="text"/> | | |
| Straat en huisnummer* | <input type="text"/> | | |
| | * Inclusief eventuele toevoeging | | |
| Postcode | <input type="text"/> | Plaats | <input type="text"/> |
| Land | <input type="text"/> | | |

ADRESWIJZIGING (Correspondentieadres)

| | | | |
|-----------------------|----------------------------------|--------|----------------------|
| Datum wijziging | <input type="text"/> | | |
| Straat en huisnummer* | <input type="text"/> | | |
| | * Inclusief eventuele toevoeging | | |
| Postcode | <input type="text"/> | Plaats | <input type="text"/> |
| Land | <input type="text"/> | | |

WIJZIGING REKENINGNUMMER (voor premie-incasso)

Ondergetekende verleent tot de einddatum van de verzekering danwel tot het moment waarop hij/zij deze machtiging intrekt, toestemming aan Loyalis Verzekeringen om de verschuldigde premie van zijn/haar rekeningnummer af te schrijven. Stuur bij wijziging van uw rekeningnummer een kopie van een recent bankafschrift van het nieuwe rekeningnummer mee.

Datum wijziging

nieuw IBAN-
rekeningnummer*

* Dit vindt u op uw bankafschrift.

Ten name van

WIJZIGING VERZEKERING

Datum wijziging

Wijziging fiscaal regime

van lijfrente naar erfrente

van erfrente naar lijfrente

Hebt u een ANW Aanvullingsplan Individueel?

van lijfrente naar netto

van netto naar lijfrente

Wijziging verzekerd bedrag

Verzekerd bedrag verlagen naar

€

,00 per maand (minimaal € 125)

Verzekerd bedrag verhogen naar

€

,00 per maand (maximaal € 2.000)*

* Als u het overlijdensrisico van uw nabestaandenverzekering(en) verhoogt, dan kan er een medisch traject volgen.

Deze vraag hoeft u alleen te beantwoorden bij verhoging van het verzekerd bedrag. Is gedurende de afgelopen 3 jaar op het leven van de verzekerde een verzekering met overlijdensrisico afgesloten of verhoogd of is (wordt) bij een andere verzekeraar ook een levensverzekering met overlijdensrisico aangevraagd/verhoogd? Ja* Nee

*Zo ja, bij welke verzekeraar en voor welk(e) verzekerd(e) bedrag(en)?

Naam verzekeraar

Verzekerd bedrag** €

**Wordt dit bedrag per jaar of in één keer uitbetaald?

In één keer

Per jaar tot

BEËINDIGEN VERZEKERING

Datum beëindiging

Reden beëindiging:

Overstap naar andere aanbieder

Naam aanbieder

Geen interesse meer

Anders, namelijk

WIJZIGING (BEGUNSTIGDE OF VERZEKERDE) PARTNER

Bij een verhoging van het risico voor Loyalis kan er een medisch traject volgen. Wij gaan er vanuit dat de partner woonachtig is op hetzelfde adres als de verzekeringnemer. Stuur een kopie geldig legitimatiebewijs van de partner mee.

Datum wijziging

Geboortenaam*

Voorletters

Man

Vrouw

*(begunstigde of verzekerde) partner

Met welke na(a)m(en) wil hij/zij aangeschreven worden?

Geboortedatum

Burgerservicnr.

Nationaliteit

Nederlands

Anders, namelijk

E-mail

Telefoon overdag

Soort relatie

Gehuwd/geregistreerd partnerschap

Samenwonend

WIJZIGING WERKGEVER

Naam oude werkgever

Datum uit dienst

Naam nieuwe werkgever

Straat en huisnummer*

* Inclusief eventuele toevoeging

Postcode

Plaats

Werkgeversnummer*

* Dit hoeft u alleen in te vullen als u via uw nieuwe werkgever pensioen opbouwt bij ABP.

U kunt dit nummer opvragen bij uw personeelsfunctionaris.

Datum in dienst

OVERIGE WIJZIGINGEN

Datum wijziging

0 1

Omschrijving

WIJZIGINGEN GELDEN VOOR

Voor de wijzigingen is het belangrijk dat u hieronder aangeeft voor welk product de wijzigingen gelden.

Wij gaan er vanuit dat de wijzigingen gelden voor alle genoemde verzekeringen.

NP Aanvullingsplan (Politie)

met polisnummer*

NP Partnerplan (Politie)

met polisnummer*

NP Plusplan

met polisnummer*

Deelnemerplan

met polisnummer*

Partnerplan

met polisnummer*

ANW Maatwerkplan

met polisnummer*

ANW Maatwerkplan Plus

met polisnummer*

ANW Aanvulling Individueel

met polisnummer*

* U vindt dit nummer op uw certificaat of polis.

Overige verzekeringen worden ongewijzigd voortgezet.

ONDERTEKENING

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

Datum

Handtekening

Plaats