

## Wijzigingen/correcties

### Loyalis Top nabestaanden lijfrente - werknemer

- Dit formulier kunt u gebruiken voor wijzigingen en voor het aangeven van correcties.
- Stuur het ingevulde en ondertekende formulier en eventueel benodigde stukken terug. Het retouradres vindt u ongedaan dit formulier. U hoeft geen postzegel te plakken.
- Hebt u vragen? Bel dan gerust 045 579 61 11.

#### PERSOONLIJKE GEGEVENS VERZEKERINGNEMER/VERZEKERDE

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	<input type="text"/>		
Klantnummer	<input type="text"/>	Polisnummer*	<input type="text"/>		
	* U vindt dit nummer op uw polis.		* 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-rekeningnr.\*

\* Dit vindt u op uw bankafschrift.

Ten name van

## WIJZIGING BEGUNSTIGDE 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. Als de begunstigde wijzigt, stuur dan van de nieuwe begunstigde een kopie geldig identiteitsbewijs mee.

Geboortenaam\*

\* Begunstigde partner

Voorletters

Man

Vrouw

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

Geboortedatum

Burgerservicnr.

Nationaliteit

Nederlands

Anders, namelijk

E-mail

Telefoon

Soort relatie

Gehuwd/geregistreerd partnerschap

Samenwonend

Datum aanvang partnerrelatie

## BEËINDIGEN VERZEKERING

Datum beëindiging

Reden beëindiging:

Overstap naar andere aanbieder

Naam aanbieder

Geen interesse meer

Anders, namelijk

## OVERLIJDEN

Datum overlijden

Wie?

Verzekeringnemer

Geboortedatum

Begunstigde

Geboortedatum

## 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

Heeft uw nieuwe werkgever geen contract met Loyalis? Dan zal uw polis beëindigd worden.

## MELDING ZIEKTE OF ARBEIDSONGESCHIKTHEID

---

Als u arbeidsongeschikt wordt, kunt u dit na 6 maanden aan ons doorgeven via het formulier 'Melding ziekte/ arbeidsongeschiktheid'. Bent u hersteld van ziekte of arbeidsongeschiktheid? Dan kunt u dit aan ons doorgeven via het formulier 'Herstel melden'.

## OVERIGE WIJZIGINGEN

---

Datum wijziging

Omschrijving

## ONDERTEKENING

---

Ondergetekende verklaart de hierboven vermelde wijziging(en) op dit formulier eerlijk te hebben ingevuld.

Datum

Handtekening

Plaats