

Wijzigingen Loyalis NabestaandenPensioen Aanvullend

- Dit formulier kunt u gebruiken voor het wijzigen van gegevens die betrekking hebben op uw Loyalis NabestaandenPensioen Aanvullend.
- Hebt u vragen? Bel dan gerust 045 579 61 11.
- Wilt u wijzigingen doorgeven met betrekking tot een andere nabestaandenverzekering? Gebruik dan het formulier 'Wijzigingen Nabestaandenverzekeringen'.

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 verzekerd bedrag

Verzekerd bedrag verlagen naar

€ ,00 per jaar (minimaal € 3.500)

Verzekerd bedrag verhogen naar

€ ,00 per jaar*

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

Wijziging verzekerde uitkeringsduur

Verzekerde uitkering verhogen van 5 naar 10 jaar. *

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

Verzekerde uitkeringsduur verlagen van 10 naar 5 jaar.

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

Deze vraag hoeft u alleen te beantwoorden bij verhoging van het verzekerd bedrag of verlenging van de verzekerde uitkeringsduur.

*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

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'.

BEËINDIGEN VERZEKERING

Datum beëindiging

0 1

Stuur uw polisblad mee terug.

Reden beëindiging:

Overstap naar andere aanbieder

Naam aanbieder

Geen interesse meer

Anders, namelijk

WIJZIGING BEGUNSTIGDE

Datum wijziging

0 1

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

Partner

Kind

Anders, namelijk

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

Omschrijving

ONDERTEKENING

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

Datum

Handtekening

Plaats