

Wijzigingen Loyalis Nabestaandenverzekering (Erfrente en Lijfrente variant)

- Dit formulier kunt u gebruiken voor het wijzigen van gegevens die betrekking hebben op uw Loyalis Nabestaandenverzekering.
- Hebt u vragen? Bel dan gerust 045 579 61 11.
- Stuur het ingevulde en ondertekende formulier 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"/>				
	<small>* Inclusief eventuele toevoeging</small>				
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"/>	Polisnummer*	<input type="text"/>		
	<small>* U vindt dit nummer op uw polis.</small>		<small>* U vindt dit nummer op uw polis.</small>		

ADRESWIJZIGING (Woonadres)

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

Het nieuwe correspondentieadres is gelijk aan het gewijzigde woonadres.

Het correspondentieadres verandert. Vul hieronder uw nieuwe correspondentieadres in.

ADRESWIJZIGING (Correspondentieadres)

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

WIJZIGING IBAN-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.

Datum wijziging

Nieuw IBAN-rekeningnummer*

* Dit vindt u op uw bankpas.

Ten name van

WIJZIGING VERZEKERINGSVORM

Datum wijziging

Wijziging fiscale variant Van lijfrente naar erfrente Van erfrente naar lijfrente

Let op! Deze wijziging kan gevolgen hebben voor de hoogte van uw premie.

WIJZIGING VERZEKERD BEDRAG

Verzekerd bedrag verlagen naar € ,00 per maand (minimaal € 125)

Verzekerd bedrag verhogen naar € ,00 per maand *

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

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

WIJZIGING UITKERINGSDUUR

Jaren * Deze keuze is alleen mogelijk bij de **erfrente** variant. * Tussen 5 t/m 30 jaar mogelijk

AOW volgend Deze keuze is mogelijk bij de **lijfrente** en **erfrente** variant.

Tot 85 jaar Deze keuze is alleen mogelijk bij de **erfrente** variant.

Levenslang Deze keuze is alleen mogelijk bij de **lijfrente** variant.

Deze vraag hoeft u alleen te beantwoorden bij **verlenging** van de uitkeringsduur.

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

WIJZIGING BEGUNSTIGDE

Stuur een kopie geldig legitimatiebewijs van de begunstigde mee.

Datum wijziging	<input type="text" value="0 1"/>		
Geboortenaam*	<input type="text"/>	Voorletters <input type="text"/>	Man <input type="checkbox"/> Vrouw <input type="checkbox"/>
	<small>* Begunstigde</small>		
Met welke na(a)m(en) wil hij/zij aangeschreven worden?	<input type="text"/>		
Geboortedatum	<input type="text"/>	Burgerservicnr.	<input type="text"/>
Nationaliteit	<input type="checkbox"/> Nederlands	<input type="checkbox"/> Anders, namelijk	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>	Telefoon overdag	<input type="text"/>
Soort relatie	<input type="checkbox"/> Gehuwd/geregistreerd partnerschap	<input type="checkbox"/> Samenwonend	<input type="checkbox"/> Anders, namelijk <input type="text"/>
Woont de begunstigde op hetzelfde adres als de verzekeringnemer?	<input type="checkbox"/> Ja, zelfde adres	<input type="checkbox"/> Nee, namelijk	<input type="text"/>
Straat en huisnummer*	<input type="text"/>		
	<small>* Inclusief eventuele toevoeging</small>		
Postcode	<input type="text"/>	Plaats	<input type="text"/>
Land	<input type="text"/>		

Let op! Wijzigt u de begunstigde? Mogelijk kan er een medisch traject volgen.

WIJZIGING VERZEKERDE

Stuur een kopie geldig legitimatiebewijs van de verzekerde mee.

Datum wijziging	<input type="text" value="0 1"/>		
Geboortenaam*	<input type="text"/>	Voorletters <input type="text"/>	Man <input type="checkbox"/> Vrouw <input type="checkbox"/>
	<small>* Verzekerde</small>		
Met welke na(a)m(en) wil hij/zij aangeschreven worden?	<input type="text"/>		
Geboortedatum	<input type="text"/>	Burgerservicnr.	<input type="text"/>
Nationaliteit	<input type="checkbox"/> Nederlands	<input type="checkbox"/> Anders, namelijk	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>	Telefoon overdag	<input type="text"/>
Soort relatie	<input type="checkbox"/> Gehuwd/geregistreerd partnerschap	<input type="checkbox"/> Samenwonend	<input type="checkbox"/> Anders, namelijk <input type="text"/>
Woont de verzekerde op hetzelfde adres als de verzekeringnemer?	<input type="checkbox"/> Ja, zelfde adres	<input type="checkbox"/> Nee, namelijk	<input type="text"/>
Straat en huisnummer*	<input type="text"/>		
	<small>* Inclusief eventuele toevoeging</small>		
Postcode	<input type="text"/>	Plaats	<input type="text"/>
Land	<input type="text"/>		

Let op! Wijzigt u de verzekerde? Dan volgt er een medisch traject.

WIJZIGING VERHOGING VERZEKERD BEDRAG (Automatisch jaarlijkse verhoging)

Wijzigen in Geen verhoging van verzekerd bedrag

Vast percentage % *

* Mogelijk 1, 2 of 3 procent.

Let op! Deze wijziging heeft gevolgen voor de hoogte van uw premie.

WIJZIGING VERHOGING UITKERING (Automatisch jaarlijkse verhoging)

Wijzigen in Geen verhoging van uitkering

Vast percentage % *

* Mogelijk 1, 2 of 3 procent.

Let op! Deze wijziging heeft gevolgen voor de hoogte van uw premie.

OVERIGE WIJZIGINGEN

Datum wijziging

Omschrijving

BEËINDIGEN VERZEKERING

Datum beëindiging

Reden beëindiging:

Overstap naar andere aanbieder

Naam aanbieder

Geen interesse meer

Anders, namelijk

ONDERTEKENING

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

Datum

Handtekening

Plaats