

## Wijzigingen Loyalis Nabestaandenverzekering maatwerk (Erfrente en Lijfrente variant)

- Dit formulier kunt u gebruiken voor het wijzigen van gegevens die betrekking hebben op uw Loyalis Nabestaandenverzekering maatwerk.
- 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"/>				
	* 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"/>	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"/>

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"/>
	* Inclusief eventuele toevoeging
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

## 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

- 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.

## 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