

Terugsturen naar:

Loyalis Verzekeringen
Antwoordnummer 4041
6400 VC Heerlen



Wijziging IPAP individueel

- Dit formulier kunt u gebruiken voor iedere wijziging en voor het aangeven van correcties op ontvangen bescheiden. Hebt u vragen? Bel dan gerust 045 579 61 11.

PERSOONLIJKE GEGEVENS dit deel altijd invullen

geboortenaam	_____	voorletters	_____	<input type="radio"/> man	<input type="radio"/> vrouw
naam partner (optioneel)	_____		_____		
met welke na(a)m(en) wenst u aangeschreven te worden?	_____				
straat	_____	huisnummer	_____		
postcode	<input type="text"/>	plaats	_____		
geboortedatum	<input type="text"/>	burgerservicenummer	<input type="text"/>		
telefoon privé	<input type="text"/>	telefoon werk	<input type="text"/>		
e-mail	_____				
certificaat- of polisnummer	<input type="text"/>	U vindt dit nummer op uw certificaat of polis			
relatie- of klantnummer	<input type="text"/>	U vindt dit nummer op uw certificaat of polis			

WIJZIGING ADRES

nieuw adres	_____				
postcode	<input type="text"/>	plaats	_____		
wijziging per	<input type="text"/>				
telefoon privé	<input type="text"/>	telefoon werk	<input type="text"/>		

WIJZIGING SALARIS

nieuw salaris	€	<input type="text"/>	bruto maand inkomen inclusief vakantietoeslag
wijziging per		<input type="text"/>	Indien uw salaris ten gevolge van een verandering van uw dienstverband wijzigt (u gaat meer dan wel minder uren werken), dient het gewijzigde maandinkomen te worden vermeld.

WIJZIGING REKENINGNUMMER EN/OF MACHTIGING AUTOMATISCHE INCASSO

nieuw nummer	<input type="text"/>	ten name van	_____
wijziging per	<input type="text"/>	Ondergetekende verleent tot het moment waarop hij/zij deze machtiging intrekt, toestemming aan Loyalis Verzekeringen om de verschuldigde premie maandelijks/jaarlijks van zijn/haar rekeningnummer af te schrijven.	

WIJZIGING DEKKING

De door u gewenste dekking is:

- dekking bij gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid
- dekking bij volledige arbeidsongeschiktheid
- beide dekkingen

wijziging per

--	--	--	--	--	--	--	--

Het is mogelijk dat u op basis van eventuele aanpassingen een gezondheidsverklaring moet invullen. Deze gezondheidsverklaring ontvangt u na inzending van dit formulier. De dekking gaat in na acceptatie door Loyalis Verzekeringen.

BEËINDIGING VERZEKERING alle dekkingen worden beëindigd

beëindiging per

--	--	--	--	--	--	--	--

- ontslag
- ontslag in verband met (pre)pensioen
- anders, nl. _____

reden beëindiging _____

WIJZIGING WERKGEVER

oude werkgever _____

uit dienst per

--	--	--	--	--	--	--	--

nieuwe werkgever _____

werkgeversnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dit nummer kunt u navragen bij uw personeelsfunctionaris.

in dienst per

--	--	--	--	--	--	--	--

personeelsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dit nummer kunt u navragen bij uw personeelsfunctionaris.

adres _____

postcode

--	--	--	--	--	--	--	--

plaats _____

ONDERTEKENING

Ondergetekende verklaart de hier vermelde wijzigingen naar waarheid te hebben ingevuld en geeft Loyalis Verzekeringen toestemming deze wijzigingen door te voeren.

datum

--	--	--	--	--	--	--	--

plaats _____

handtekening _____