

Wijzigingen/correcties

Loyalis Top nabestaanden lijfrente - werknemer

- Dit formulier kunt u gebruiken voor wijzigingen en voor het aangeven van correcties die betrekking hebben op uw Loyalis Top nabestaanden lijfrente.
- Stuur het ingevulde en ondertekende formulier en eventueel benodigde stukken terug. Het retouradres vindt u onderaan dit formulier. U hoeft geen postzegel te plakken.
- Loyalis gebruikt uw persoonsgegevens om uw wijzigingsverzoek te verwerken. Hoe Loyalis met uw gegevens omgaat kunt u lezen op loyalis.nl/privacy.
- Hebt u vragen? Bel dan gerust: 045 645 91 90.

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"/>				
E-mail	<input type="text"/>	Telefoon	<input type="text"/>		

Ik geef Loyalis toestemming om in de toekomst digitaal met mij te communiceren over mijn producten.

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 dan wel 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. Lees in de toelichting welke gegevens wij van deze kopie nodig hebben en welke niet.

Datum wijziging

0 1

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 ervan uit 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. Lees in de toelichting welke gegevens wij van deze kopie nodig hebben en welke niet.

Geboortenaam*

* Begunstigde partner

Voorletters

Man

Vrouw

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

Geboortedatum

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

Medische gegevens

Bij sommige wijzigingen in de verzekering willen wij graag meer weten over uw medische situatie. Wij hebben daarom aanvullende informatie nodig. Voor ons medisch acceptatieproces werken wij samen met ReMedicalGroup (RMG). Zij vragen medische gegevens bij u op indien dat nodig is. Hebt u vragen over de medische acceptatie van uw wijziging? Bel dan met ReMedicalGroup via telefoonnummer 025 167 46 74.

Kopie bankafschrift

Bij een wijziging van het rekeningnummer vragen wij een kopie bankafschrift op. Dit doen wij om vast te stellen of het opgegeven IBAN-nummer ook van u is. U mag ook een schermafdruk van uw internetbankieren gebruiken. Op deze kopie moet u uw saldo en transactiegegevens afschermen.

Hoe kunt u dit doen?

- Maak op de kopie uw saldo en transactiegegevens onleesbaar.
- Schrijf op de kopie dat het een kopie is.
- Geef op de kopie aan voor welke instantie of welk product de kopie is bedoeld.
- Schrijf op de kopie de datum waarop u de kopie afgeeft.

Kopie identiteitsbewijs

Om de identiteit van de nieuwe begunstigde vast te stellen, vragen wij een kopie van het identiteitsbewijs op. Op deze kopie moet u het burgerservicenummer en foto afschermen.

Hoe kunt u dit doen?

De overheid heeft een KopieID app ter beschikking gesteld. Deze app zorgt ervoor dat u op een veilige manier een kopie maakt van het identiteitsbewijs. Met deze app kunt u het burgerservicenummer doorstrepen, de foto afschermen, een watermerk toevoegen en aangeven waarvoor de kopie wordt gebruikt. Ga naar de openbare app store. Download de gratis KopieID app van het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Maak een foto van het identiteitsbewijs en volg de instructies van de app.

Als geldig identiteitsbewijs kunt u een paspoort, identiteitskaart of rijbewijs met een minimale geldigheidsduur van één maand gebruiken.