

delta lloydVoor een Delta Life-
verzekering afgesloten
bij Delta Lloyd
Levensverzekering NV**Verzekeringnemer**

Polisnummer _____

Verzekeringnemer _____

 Man Vrouw Bedrijf

Adres _____

Postcode/woonplaats _____

Gewenste wijziging

Kruis hier de mutatie aan en vul het desbetreffende onderdeel van dit formulier in

Vraag aan uw of uw assurantie-adviseur of de wijzigingen fiscale gevolgen hebben en/of er medische waarborgen nodig zijn. Vergeet u niet aan het einde van dit formulier uw handtekening te zetten. Voor niet vermelde mutaties zijn aparte formulieren beschikbaar.

- A betaling extra storting
 B wijziging hoogte van de periodieke premie
 C wijzigingen premietermijn
 D premievakantie gedurende een jaar
 E premievrijmaken van de verzekering
 F aanpassing verzekeringsduur
 G aanpassing duur premiebetaling
 H wijziging beleggingsfonds(en)
 I wijziging risicokapitaal

A Betaling extra storting

Extra bedrag _____

€

(minimaal € 500,-)

Ik heb dit bedrag overgemaakt onder vermelding van mijn polisnummer op rekeningnummer 54.02.40.575 t.n.v. Delta Lloyd Levensverzekering NV. Dit bedrag wordt conform de reeds aangegeven fondsverdeling na ontvangst van dit mutatieformulier geïnvesteerd.

B Wijziging hoogte van de periodieke premie*

Huidige periodieke premie _____

€

Nieuwe periodieke premie _____

€

Betalen nieuwe periodieke premie per _____

- Maand
 Kwartaal
 Halfjaar
 Jaar

C Wijziging premietermijn*

Nieuwe premietermijn per _____

- Maand
 Kwartaal
 Halfjaar
 Jaar

D Premievakantie gedurende een jaar*

Huidige periodieke premiebetaling tijdelijk stopzetten tot _____

(maximaal 1 jaar)

E Premievrij maken van de verzekering**Premievrij maken is mogelijk vanaf een opgebouwde waarde van minimaal € 1.000,-.*

- De huidige periodieke premiebetaling wil ik permanent stopzetten. Dit houdt in dat de verzekering premievrij wordt gemaakt. Hierbij blijft de verzekering doorlopen zolang de opgebouwde waarde van de verzekering dit toelaat.

F Aanpassing verzekeringsduur*

Einddatum van de verzekering moet worden _____

 Verlengd tot: _____ Vervroegd tot: _____**G Aanpassing duur premiebetaling***

Duur van de premiebetaling moet worden _____

 Verlengd tot: _____

(max.de einddatum verzekering)

 Ingekort tot: _____

* Aanpassingen en wijzigingen gaan in per de eerstkomende premievervaldag.



H Wijziging beleggingsfonds(en)

- Uitsluitend reeds opgebouwde participaties
 Uitsluitend toekomstige premies
 Zowel de reeds opgebouwde participaties als de toekomstige premies

Switchen bestaande waarde

- Delta Lloyd Investment Fund
 Delta Lloyd Rente Fonds
 Delta Lloyd Nederland Fonds
 Delta Lloyd Jade Fonds
 Delta Lloyd Dollar Fonds
 Delta Lloyd Mix Fonds
 Triodos Meerwaarde Mix Fonds
 Delta Lloyd Deposito Fonds
 Delta Lloyd Euro Fonds
 Delta Lloyd Donau Fonds

Volledig	Gedeeltelijk	Naar
<input type="checkbox"/> ja	_____ %	_____
<input type="checkbox"/> ja	_____ %	_____
<input type="checkbox"/> ja	_____ %	_____
<input type="checkbox"/> ja	_____ %	_____
<input type="checkbox"/> ja	_____ %	_____
<input type="checkbox"/> ja	_____ %	_____
<input type="checkbox"/> ja	_____ %	_____
<input type="checkbox"/> ja	_____ %	_____
<input type="checkbox"/> ja	_____ %	_____
<input type="checkbox"/> ja	_____ %	_____
<input type="checkbox"/> ja	_____ %	_____
<input type="checkbox"/> ja	_____ %	_____
<input type="checkbox"/> ja	_____ %	_____
Totaal	100 %	

I Wijziging risicokapitaal

- Risicokapitaal (min. € 9.250,-) € _____ bij overlijden verzekerde
 Risicokapitaal (min. € 9.250,-) € _____
 bij overlijden medeverzekerde/tweede verzekerde

Ondertekening

Ondergetekende verklaart hierbij dat de bovengenoemde wijzigingen in zijn/haar verzekering door Delta Lloyd uitgevoerd dienen te worden (bij minderjarigheid verzekeringnemer is de ondertekening door de ouder/voogd nodig.)

Plaats en datum**Handtekening verzekeringnemer****Handtekening verzekerde**
(indien niet verzekeringnemer)

Indien de wijziging betrekking heeft op een Delta Life-verzekering waarvan de premie is gesplitst voor het successierecht, gaan alle premieplichtingen ingevolge deze overeenkomst er mee akkoord dat de door hen verschuldigde premie zal worden geïncasseerd bij de (eerste) verzekeringnemer. De premieplichtige voor het overlijdensdeel verzoekt Delta Lloyd zich voor de incasso van de door hem/haar verschuldigde premie te richten tot de (eerste) verzekeringnemer. Deze verklaart zich akkoord met bovengenoemde wijze van incasso.

Handtekening medeverzekeringnemer
(bij premiesplitsing premieschuldige voor overlijdensdeel)**Handtekening medeverzekerde**
(indien niet medeverzekeringnemer)**In te vullen door assurantie-adviseur**

Naam adviseur _____

RC-nummer _____

Telefoonnummer _____

Naam accountmanager _____

Plaats/datum _____

Handtekening adviseur _____