

delta lloydIndividuele pensioen-
verzekering

Pensioenpolisnummer

Belastingdekkingspolisnr.

Excedentpolisnummer

Dossiernummer

Betreft**Soort aanvraag**

- Nieuwe aanvraag pensioenverzekering
- Nieuwe aanvraag belastingdekkingsverzekering
- Nieuwe aanvraag excedentverzekering
- Verhoging van polisnummer(s):
- Omzetting van polisnummer(s):

Houdt de aanvraag verband met het wijzigen van een eerder gemaakte keuze binnen de pensioenregeling van de verzekerde

 Ja Nee**Soort verzekering****Alleen invullen in geval van pensioenverzekering** 'B-verzekering'De werkgever is verzekeringnemer

(Artikel 2 lid 4 sub B van de Pensioen- en spaarfondsenwet); de Regelen van deze wet zijn van toepassing. De werkgever kan de rechten, die hij als verzekeringnemer heeft, niet zonder medewerking van de werknemer uitoefenen.

 'C-verzekering'De werknemer is verzekeringnemer

(Artikel 2 lid 4 sub C van de Pensioen- en spaarfondsenwet): de Regelen van deze wet zijn van toepassing. De werkgever verklaart, dat hij de werknemer tot het sluiten van de pensioenverzekering in staat heeft gesteld, en dat tijdens het dienstverband de werknemer de rechten die hij als verzekeringnemer heeft niet zonder medewerking van de werkgever kan uitoefenen.

 'D-verzekering'De werkgever is verzekeringnemer

De werkgever en de werknemer verklaren, dat de werknemer houder is van ten minste 10% van het geplaatste aandelenkapitaal van de werkgever. De werknemer verklaart tevens, dat hij ermee akkoord gaat dat de hem gedane pensioentoezegging niet overeenkomstig het bepaalde in artikel 2 lid 1 van de Pensioen- en spaarfondsenwet wordt uitgevoerd. De werkgever kan de rechten, die hij als verzekeringnemer heeft, niet zonder medewerking van de werknemer uitoefenen.

Aantekening

Delta Lloyd zal op de ter zake van de te sluiten verzekering af te geven pensioenpolis(sen) aantekenen dat de werknemer als verzekeringnemer in de plaats zal treden van de werkgever zodra:

- 1 het dienstverband tussen de werkgever en de werknemer voor de einddatum van de verzekering eindigt anders dan door overlijden van de werknemer;
- 2 het vonnis, waarbij de werkgever in staat van faillissement wordt verklaard, in kracht van gewijsde gaat.

Naam werkgever

Adres

Postcode en plaatsnaam

Telefoon:

Werknemer (Verzekerde) Man Vrouw

Geb. datum:

Naam en voornamen (1^e voluit)

Adres

Postcode en woonplaats

Beroep / functie

Is de verzekerde -direct of indirect- houder van ten minste 10% van het geplaatste kapitaal van de vennootschap (DGA)

 Ja Nee**Medeverzekerde** Man Vrouw

Geb. datum:

Naam en voornamen (1^e voluit)

Relatie tot verzekerde

 Echtgeno(o)t(e)/geregistreerde partner Niet-geregistreerde partner

Aanvullende gegevens pensioen

* Altijd invullen (ook bij een beschikbare premiebetaling)

Datum indiensttreding verzekerde*:

Datum pensioentoezegging*

Pensioengevend salaris* €

Optierecht gewenst voor DGA

 Ja Nee

Is de keuring geregeld voor DGA

 Ja Nee**Toegezegde pensioenen** Ouderdompensioen

per jaar €

 Tijdelijk ouderdompensioen

per jaar €

 Weduwen-/weduwnaarspensioen

per jaar €

 Partnerpensioen

per jaar €

 Wezenpensioen

per jaar €

 Arbeidsongeschiktheidspensioen

per jaar €

Vormt het arbeidsongeschiktheidspensioen tezamen met de overige voorzieningen bij arbeidsongeschiktheid (zoals ZW/WAO/WAZ en elders lopende of aangevraagde voorzieningen) meer dan 80% van uw pensioengevend inkomen

 Ja Nee

De arbeidsongeschiktheidsrente wordt in ieder geval gemaximeerd op 80% van dit inkomen verminderd met de overige aanvullingen bij arbeidsongeschiktheid

 Eerstejaars arbeidsongeschiktheidspensioen

(alleen bij zelfstandig ondernemer/DGA) €

Verzekeringsvorm Dekking volgens bijgevoegde offerte

Datum:

Nummer:

 Dekking volgens constructie:**Kinderen** (leeftijd minimaal 18, maximaal 30 jaar)

Meeverzekeren tot: jaar

Naam en geboortedatum

1

2

3

4

Premie

Premie

De definitieve premievaststelling vindt plaats op het hoofdkantoor

€

Betaaltermijn per

 Jaar Half jaar Kwartaal Maand

Koopsom

€

Premiebetaling Via verzekeringsadviseur 1^e betaling via verzekeringsadviseur daarna rechtstreeks aan Delta Lloyd Rechtstreeks aan Delta Lloyd Per bank, bankrekeningnummer: Per postgiro, postrekeningnummer: Per automatische incasso **

Van bankrekeningnummer:

Van postrekeningnummer:

** De premiebetaler machtigt hierbij Delta Lloyd Levensverzekering NV tot wederopzegging de premie voor de verzekering(en) van zijn/haar rekening af te schrijven.

Plaats

Handtekening premiebetaler

Datum

Begunstiging	Verzekeringsvorm	Begunstigde(n)
	Kapitaaluitkering/ Ouderdomspensioen	1 De verzekerde 2 De weduwe / weduwnaar / (on)geregistreerde partner van de verzekerde 3 <input type="checkbox"/> De werkgever <input type="checkbox"/> De erfgenamen van de verzekerde
	Rente-uitkering / weduwen- / weduwnaars-, partnerpensioen	1 De weduwe / weduwnaar / (on)geregistreerde partner van de verzekerde 2 De kinderen van de verzekerde 3 <input type="checkbox"/> De werkgever <input type="checkbox"/> De erfgenamen van de verzekerde
	Belastingdekkingsverzekering	De werkgever
	Excedentverzekering	De werkgever

Overlijdensrisico	Verzekerde	Medeverzekerde
Zijn er op het leven van verzekerde(n) in de afgelopen drie jaar levensverzekeringen met overlijdensrisico gesloten. Zo ja, bij welke maatschappij(en) en voor welk(e) bedrag(en)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Is / wordt er op het leven van verzekerde(n) elders ook een levensverzekering met overlijdensrisico aangevraagd. Zo ja, bij welke maatschappij(en) en voor welk(e) bedrag(en)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

Als de verzekerde een DGA is en het overlijdensrisico van de aangevraagde verzekering samen met de hierboven bedoelde verzekeringen meer dan € 150.000,- bedraagt, is een nader medisch onderzoek (waaronder een bloedonderzoek) van de kandidaat-verzekerde noodzakelijk. Dit geldt ook als sprake is van het wijzigen van een eerder gemaakte keuze binnen de pensioenregeling.

Persoonsgegevens
Bij de aanvraag van een verzekering worden persoonsgegevens en eventuele andere gegevens gevraagd. Deze worden verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten en/of andere financiële diensten, het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van fraude en het uitvoeren van activiteiten gericht op de vergroting van het relatiebestand. Op de verwerking van deze persoonsgegevens is de gedragscode 'Verwerking Persoonsgegevens Verzekeringsbedrijf' van toepassing. De tekst van de gedragscode kunt u opvragen bij het Informatiecentrum van het Verbond van Verzekeraars, postbus 93450, 2509 AL Den Haag

Ondertekening
Ondergetekenden zijn zich ervan bewust, dat verzwijging van gegevens of onjuiste of onvolledige opgaven door hen verstrekt bij het tot stand komen van de aangevraagde verzekering, voortzetting op gewijzigde condities of nietigheid tot gevolg kan hebben.
Ondergetekenden verklaren zich akkoord met toepassing van de algemene voorwaarden. Deze liggen ter inzage op het kantoor van Delta Lloyd Levensverzekering NV te Amsterdam en worden op verzoek vóór het sluiten van de verzekering toegezonden, maar in elk geval bij het afgeven van de polis.

Plaats	Handtekening werkgever	Handtekening werknemer
Datum		

In te vullen door de assurantie-adviseur

Naam assurantie-adviseur

Rekening courantnummer

Naam accountmanager

Nummer accountmanager

De assurantie-adviseur verklaart dat hem geen omstandigheden bekend zijn op grond waarvan de aangevraagde verzekering niet zou kunnen worden geaccepteerd.

Plaats

Handtekening assurantie-adviseur

Datum

Keuring geregeld bij arts

Ja Nee

Naam arts

Vestigingsplaats

Datum keuring

Keuring geregeld bij internist

Ja Nee

Naam internist

Vestigingsplaats

Datum keuring