

Aanvraag Privé Pensioen

Tussenpersoon _____ Tussenpersoonnummer _____

Adres _____

Postcode _____ Woonplaats _____

Verzekeringnemer/premiebetaler/verzekerde 1

Achternaam _____ Voorletter(s) _____ Man Vrouw

Geboortedatum _____ Sofi-nummer _____

Adres _____

Postcode _____ Woonplaats _____

Beroep _____

De tussenpersoon heeft de identiteit van bovenstaande verzekeringnemer vastgesteld aan de hand van:

Geldig paspoort Geldig Nederlands rijbewijs Geldige Europese identiteitskaart

Gegevens legitimatie Nummer _____

Datum afgifte _____ Plaats Afgifte _____

Verzekerde 2 (aankruisen indien van toepassing)

Achternaam _____ Voorletter(s) _____ Man Vrouw

Geboortedatum _____

Adres _____

Postcode _____ Woonplaats _____

Beroep _____ Relatie tot verzekeringnemer _____

Duur en premie

Ingangsdatum _____ Einddatum verzekering _____ Einddatum premiebetaling _____

Premie € _____ Per jaar Per halfjaar Per kwartaal Per maand Eenmalig (koopsom)

Aanvullende premiebetalingen volgens offertenummer _____ s.v.p. kopie meesturen

Extra storting € _____

Premiebetalingswijze

Automatische incasso (zie machtiging) Bedrag € _____
Rekeningnummer _____ t.n.v. premiebetaler

Bedrag € _____
Rekeningnummer _____ t.n.v. premiebetaler

Periodieke overboeking (alleen mogelijk bij premiebetaling van spaarloonregeling) Bedrag € _____
Rekeningnummer _____ t.n.v. premiebetaler

Acceptgiro (alleen mogelijk bij bedragen hoger dan € 150,-) Rekeningnummer _____ t.n.v. premiebetaler

Eenmalige premie of extra storting overmaken op 63.77.93.404 of 3938563 t.n.v. REAAL Levensverzekeringen N.V. te Alkmaar o.v.v. polisnr. of naam/geb.datum.

Gebruikt u de spaarloonregeling om (een deel van) de premie te betalen? Ja Nee

Fiscaal kader

- Volledig gerichte Lijfrente Koopsom gerichte lijfrente uit omzetting oudedagsreserve
- Gerichte periodieke uitkering Koopsom gerichte lijfrente uit omzetting stakingswinst
- Koopsom uit expiratie van kapitaal met lijfrenteclausule Koopsom lijfrente i.v.m. onderhoudsverplichting
- Koopsom uit expiratie gerichte lijfrente Koopsom gouden handdruk

Fondskeuze (beleggingsfondsen zonder garantie)

SNS Nederlands Aandelenfonds	_____ %	SNS Amerika Aandelenfonds	_____ %	SNS Optimaal Paars	_____ %
SNS Euro Liquiditeitenfonds	_____ %	SNS Wereld Aandelenfonds	_____ %	ASN Mixfonds	_____ %
SNS Euro Obligatiefonds	_____ %	SNS Euro Vastgoedfonds	_____ %	ASN Aandelenfonds	_____ %
SNS Euro Aandelenfonds	_____ %	SNS Optimaal Geel	_____ %	ASN Obligatiefonds	_____ %
SNS Euro Mixfonds	_____ %	SNS Optimaal Oranje	_____ %	ASN Milieu & Waterfonds	_____ %
SNS Azië Aandelenfonds	_____ %	SNS Optimaal Rood	_____ %		

Garantiefondsen (100%-belegging in één van onderstaande fondsen, minimale duur 10 jaar)

SNS Garantie Obligatiefonds SNS Garantie Mixfonds
 Garantiekapitaal volgens offertenummer _____ s.v.p. kopie meesturen

Hoofddekkingen

<input type="checkbox"/> Uitkering bij overlijden	<input type="checkbox"/> Verzekerde 1	<input type="checkbox"/> Verzekerde 2	
Verzekerd bedrag	€ _____	Verzekerd bedrag	€ _____
Ingangsdatum	_____	Ingangsdatum	_____
Duur	_____	Duur	_____
<input type="checkbox"/> Gelijkblijvend		<input type="checkbox"/> Gelijkblijvend	
<input type="checkbox"/> Stijgend met _____ € _____ pj	<input type="checkbox"/> Stijgend met _____ %	<input type="checkbox"/> Stijgend met _____ € _____ pj	<input type="checkbox"/> Stijgend met _____ %
<input type="checkbox"/> Dalend met _____ € _____ pj	<input type="checkbox"/> Dalend met _____ %	<input type="checkbox"/> Dalend met _____ € _____ pj	<input type="checkbox"/> Dalend met _____ %
<input type="checkbox"/> Annuitair dalend _____ %		<input type="checkbox"/> Annuitair dalend _____ %	
<input type="checkbox"/> Uitkering bij leven	<input type="checkbox"/> Verzekerde 1		
	<input type="checkbox"/> Zonder uitkering bij overlijden		
	<input type="checkbox"/> Bij overlijden _____ % (max. 90%) van de waarde, van de polis		
<input type="checkbox"/> Premierestitutie bij overlijden	<input type="checkbox"/> Verzekerde 1	<input type="checkbox"/> Verzekerde 2	
<input type="checkbox"/> Nabestaandenlijfrente	<input type="checkbox"/> Verzekerde 1	<input type="checkbox"/> Verzekerde 2	
<input type="checkbox"/> Garantie ¹⁾	<input type="checkbox"/> Kapitaal Rekenrente _____ %	<input type="checkbox"/> Garantie ¹⁾	<input type="checkbox"/> Kapitaal Rekenrente _____ %
Verzekerde uitkering	€ _____	Verzekerde uitkering	€ _____
Per <input type="checkbox"/> maand <input type="checkbox"/> kwartaal <input type="checkbox"/> halfjaar <input type="checkbox"/> jaar		Per <input type="checkbox"/> maand <input type="checkbox"/> kwartaal <input type="checkbox"/> halfjaar <input type="checkbox"/> jaar	
<input type="checkbox"/> ANW-hiaat-dekking	<input type="checkbox"/> Verzekerde 1	<input type="checkbox"/> Verzekerde 2	
<input type="checkbox"/> Garantie ¹⁾	<input type="checkbox"/> Kapitaal Rekenrente _____ %	<input type="checkbox"/> Garantie ¹⁾	<input type="checkbox"/> Kapitaal Rekenrente _____ %
Verzekerde uitkering	€ _____	Verzekerde uitkering	€ _____
Per <input type="checkbox"/> maand <input type="checkbox"/> kwartaal <input type="checkbox"/> halfjaar <input type="checkbox"/> jaar		Per <input type="checkbox"/> maand <input type="checkbox"/> kwartaal <input type="checkbox"/> halfjaar <input type="checkbox"/> jaar	
Duur uitkering _____ jaar _____ maand		Duur uitkering _____ jaar _____ maand	

¹⁾ Gegevens partner hier invullen

Partner van verzekerde 1	Partner van verzekerde 2
Geboortedatum _____	Geboortedatum _____
<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw

Aanvullende dekkingen Premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid Verzekerde 1 Verzekerde 2

Indien deze dekking gewenst is, verzoeken wij u onderstaande vragen te beantwoorden.

1. Hoeveel tijd besteedt u per week aan genoemde werkzaamheden?

Administratief	_____ %	Administratief	_____ %
Inkoop, verkoop en/of bemiddeling	_____ %	Inkoop, verkoop en/of bemiddeling	_____ %
Toeziend/leidinggevend	_____ %	Toeziend/leidinggevend	_____ %
Handenarbeid	_____ %	Handenarbeid	_____ %
Reizen (geen woon-werkverkeer)	_____ %	Reizen (geen woon-werkverkeer)	_____ %
Overig, namelijk _____	_____ %	Overig, namelijk _____	_____ %

2. Bent u Ondernemer DGA Werknemer Ondernemer DGA Werknemer

Aanvullende uitkering bij overlijden Verzekerde 1 Verzekerde 2

Verzekerd bedrag	€ _____	Verzekerd bedrag	€ _____
Ingangsdatum	_____	Ingangsdatum	_____
Duur	_____	Duur	_____
<input type="checkbox"/> Gelijkblijvend		<input type="checkbox"/> Gelijkblijvend	
<input type="checkbox"/> Stijgend met € _____ pj <input type="checkbox"/> Stijgend met _____ %		<input type="checkbox"/> Stijgend met € _____ pj <input type="checkbox"/> Stijgend met _____ %	
<input type="checkbox"/> Dalend met € _____ pj <input type="checkbox"/> Dalend met _____ %		<input type="checkbox"/> Dalend met € _____ pj <input type="checkbox"/> Dalend met _____ %	
<input type="checkbox"/> Annuïtair dalend _____ %		<input type="checkbox"/> Annuïtair dalend _____ %	

Verklaring niet-roken (altijd invullen)

Komt verzekerde 1 in aanmerking voor het niet-rokerstarief?

 Ja, heeft nooit of sedert ten minste 2 jaar niet gerookt Nee

Komt verzekerde 2 in aanmerking voor het niet-rokerstarief?

 Ja, heeft nooit of sedert ten minste 2 jaar niet gerookt Nee**Begunstiging** Standaard Afwijkend

Naam

Voorletters

Geboortedatum

1. Verzekeringnemer(s) _____

2. Diens echtgeno(o)t(e)/ geregistreerd partner _____

3. Diens kinderen _____

4. Diens erfgenamen _____

Bovenstaande standaardbegunstiging geldt, tenzij afwijkend is aangegeven

Overlijdensrisico (altijd invullen)

Zijn er op het leven van verzekerde(n) in de afgelopen 3 jaar levensverzekeringen met overlijdensrisico gesloten of is/wordt er op het leven van verzekerde(n) elders ook een levensverzekering met overlijdensrisico aangevraagd?

Verzekerde 1 Ja Nee**Verzekerde 2** Ja Nee

Indien ja, bij welke maatschappij(en)? _____

Voor welk(e) bedrag(en)?

€ _____

Worden deze verzekeringen beëindigd?

 Ja Nee Ja Nee

Zo ja, per wanneer? _____

Heeft een verzekeringsmaatschappij u ooit een levens-, ziektekosten- of arbeidsongeschiktheidsverzekering geweigerd of deze tegen een hogere premie of onder uitsluiting van bepaalde risico's aangeboden?

 Ja Nee Ja Nee

Zo ja, wat was de reden? _____

Indien het overlijdensrisico van deze verzekering(en) samen met de thans aangevraagde verzekering de keuringsgrens overschrijdt, is een nader medisch onderzoek van de kandidaat-verzekerde noodzakelijk.

Is de keuring reeds geregeld? (indien van toepassing) Nee Ja Huisartsenkeuring Internistenkeuring

Bescherming persoonsgegevens

Bij de aanvraag van een financieel product en/of financiële dienst worden persoonsgegevens en eventuele andere gegevens gevraagd. Deze worden door de verzekeraar, respectievelijk een andere tot SNS REAAL behorende rechtspersoon, verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van overeenkomsten terzake financiële producten en/of financiële diensten en 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 klantenbestand. Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode "Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen" van toepassing. De volledige tekst van de gedragscode kunt u raadplegen via de website van het Verbond van Verzekeraars www.verzekeraars.nl. U kunt de Gedragscode ook opvragen bij het Verbond van Verzekeraars (Postbus 93450, 2509 AL Den Haag, telefoon 070 - 3 338 500). In verband met een verantwoord acceptatie- en uitkeringsbeleid kan de verzekeraar informatie inwinnen bij of verstrekken aan de Stichting CIS te Zeist. Doelstelling hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Het privacyreglement van de Stichting CIS is van toepassing (zie www.stichtingcis.nl).

Sofi-nummer

De verzekeraar is wettelijk (op grond van de Algemene wet inzake rijksbelastingen) verplicht aan de Belastingdienst informatie te verstrekken over de bij haar afgesloten levensverzekeringen. De verzekeraar informeert de Belastingdienst aan de hand van de naam, de geboortedatum en het sofi-nummer van de verzekeringnemer. Elke verzekeringnemer is daarom wettelijk verplicht bij de aanvraag van een nieuwe verzekering zijn sofi-nummer op te geven.

Identificatieplicht

Elke verzekeringnemer moet zich legitimeren bij de tussenpersoon. Indien de premiebetaler een ander is dan (één van) de verzekeringnemer(s) dient ook de premiebetaler zich te legitimeren.

Machtiging tot automatische incasso

Indien van toepassing, verleent de verzekeringnemer / premiebetaler door ondertekening van dit formulier tot wederopzegging machtiging aan de verzekeraar om van deze rekening(en) vanaf de ingangsdatum per de eerste van de vervolmaand af te laten schrijven al hetgeen volgens opgave van de verzekeraar uit hoofde van de premiebetaling voor deze verzekering verschuldigd is of zal worden.

Financiële bijsluiter

Ondergetekende verklaart de bij deze aangevraagde verzekering behorende financiële bijsluiter ontvangen te hebben.

Behandeling klachten

Klachten en geschillen die betrekking hebben op de bemiddeling, totstandkoming en uitvoering van deze verzekering kunnen worden verzonden aan:

- REAAL Verzekeringen
Ter attentie van de afdeling Klachtenservice
Antwoordnummer 125
1800 VB Alkmaar
Faxnummer: 072 - 5194160
E-mail: klachten@reaal.nl

Ondertekening

Plaats _____

Handtekening ouders/voogd, indien verzekerde/verzekeringnemer minderjarig is

Handtekening verzekeringnemer/verzekerde 1

Wanneer het oordeel van de Directie van de verzekeraar voor een belanghebbende niet bevredigend is én belanghebbende een consument is, zoals gedefinieerd in het Reglement van de Ombudsman Verzekeringen, respectievelijk het Reglement van de Raad van Toezicht Verzekeringen, kan de belanghebbende zich wenden tot:

- Klachteninstituut Verzekeringen
Postbus 93560
2509 AN Den Haag
Tel: 070 - 333 89 99
www.klachteninstituut.nl

Wanneer de belanghebbende geen gebruik wil maken van deze klachtenbehandelingsmogelijkheden, of wanneer de behandeling of uitkomst voor de belanghebbende niet bevredigend is, kan het geschil worden voorgelegd aan de bevoegde rechter.

Verzekeringsvoorwaarden

Ondergetekende(n) verklaart (verklaren) ervan op de hoogte te zijn dat op de verzekering algemene voorwaarden van toepassing zijn, die ter inzage liggen op het kantoor van de verzekeraar en op verzoek vóór het sluiten van de verzekering, maar in elk geval bij het afgeven van de polis worden toegezonden. De verzekering kan door de verzekeringnemer binnen dertig dagen na ontvangst van de polis schriftelijk worden opgezegd. Het koersrisico komt voor rekening van de verzekeringnemer.

Verzekerde jonger dan 16 jaar

Bij een verzekerde jonger dan 16 jaar moet u als verzekeringnemer nagaan of de feiten en omstandigheden waarnaar in de gezondheidsverklaring van de verzekerde wordt gevraagd, juist en volledig zijn meegedeeld. Hierbij is de kennis van u als verzekeringnemer en van de verzekerde van belang alsmede van de ouders van de verzekerde, als de verzekerde niet een kind van u is. Door ondertekening van het aanvraagformulier verklaart u dat u navraag heeft gedaan bij (de ouders van) de verzekerde en dat de gezondheidsverklaring juist en volledig is ingevuld.

Slotverklaring

De ondergetekenden verklaren dat de door of namens hen verstrekte antwoorden en gegevens bij de aanvraag van deze verzekering volledig en overeenkomstig de waarheid zijn. Zij zijn ermee bekend dat wanneer na het sluiten van de verzekering blijkt dat één of meer vragen onjuist of onvolledig zijn beantwoord of dat niet alle gevraagde gegevens zijn meegedeeld, de verzekeraar de gevolgen kan inroepen die het Burgerlijk Wetboek, in het bijzonder de artikelen 928-930 en 982-983 van Boek 7 hieraan verbindt, zoals het opzeggen van de verzekering, het weigeren van de uitkering of het beperken van de hoogte van de uitkering.

Datum _____

Handtekening verzekerde 2

De tussenpersoon verklaart dat hem geen feiten en/of omstandigheden bekend zijn op grond waarvan de aangevraagde verzekering niet zou kunnen worden geaccepteerd.

Handtekening tussenpersoon