

Wijzigingsformulier CombiPlan

Met betrekking tot Certificaatnummer: L.....

Contractuele gegevens

Periodieke premie

Wijzigen naar: EUR per maand (min. 51 EUR, max. 510 EUR, inclusief de individuele verzekeringstaks van 2%)

Wijzigen naar: EUR per kwartaal (min. 153 EUR, max. 1.530 EUR, inclusief de individuele verzekeringstaks van 2%)

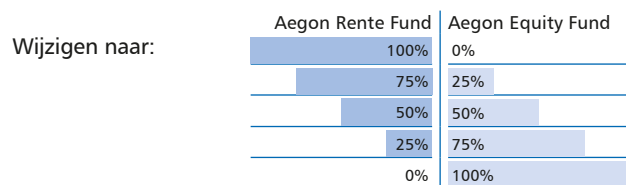
Extra storting

De extra storting wordt verdeeld volgens de huidige verdeelsleutel.

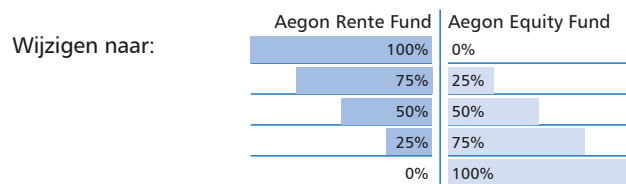
Ik wens een extra storting te doen van EUR (min. 255 EUR, inclusief de individuele verzekeringstaks van 2%)

Gelieve het bedrag overmaken op rekeningnummer NL89ABNA0450001067 op naam van Aegon Nederland N.V. in Leeuwarden onder vermelding van extra storting met daarbij uw Certificaatnummer.

Verdeelsleutel van uw toekomstige fondsstortingen



Herverdeling van uw opgebouwde waarde



Opgelet: de huidige verdeelsleutel van uw toekomstige fondsstortingen wordt door deze herverdeling niet gewijzigd.

Premievrij maken

Dit is alleen mogelijk indien de opgebouwde waarde min. 500 EUR bedraagt.

Ik wens mijn overeenkomst premievrij te maken per 0, 1 - - 2, 0

Herstarten

Dit is alleen mogelijk wanneer de periodieke premie werd onderbroken en de opgebouwde waarde in het fonds is blijven staan.

Ik wens mijn periodieke premie te herstarten per 0, 1 - - 2, 0

Betaalwijze

Per domiciliëring (er wordt u een domiciliëringsaanvraag toegestuurd)

Per overschrijvingsformulier

Afkoop

Ik wens mijn overeenkomst vroegtijdig af te kopen.

Ik wens een gedeeltelijke afkoop te doen ten bedrage van EUR. De resterende opgebouwde waarde dient minimaal 500 EUR te bedragen. Hierdoor is het mogelijk dat MoneyMaxx een lager bedrag uitkeert dan aangegeven.

Gelieve het bedrag te storten op BIC

IBAN nummer - - - -

Gelieve een kopie van de identiteitskaart van de verzekeringnemer bij te voegen + een kopie recent bankafschrift.

Vergeet niet te ondertekenen op ommezijde.

Adres

Verzekeringnemer	Verzekerde	Begunstigde
Naam: _____		Voornaam: _____
Geboortedatum: [][]/[][]/[][][][]		M V
Adres: _____		Nr.: _____ Bus: _____
Postcode: _____	Woonplaats: _____	
Tel.: _____	GSM: _____	
E-mail: _____		

Verzekeringnemer

Wijziging verzekeringnemer per 01 - [][] - 20 [][] [][]. Vul hierna de gegevens van de nieuwe verzekeringnemer in.

Wijziging verzekeringnemer bij overlijden van de huidige verzekeringnemer.

Indien de verzekerde niet dezelfde persoon is als de huidige verzekeringnemer, dan worden de rechten van de verzekeringnemer overgedragen aan de verzekerde wanneer de verzekeringnemer overlijdt. Wenst u zelf aan te duiden aan wie deze rechten worden overgedragen na overlijden, vul dan hierna de gegevens van de nieuwe verzekeringnemer in.

Naam: _____		Voornaam: _____	
Geboortedatum: [][]/[][]/[][][][]		M V	Rijksregistratienummer: [][][][][][][][][][][]
Adres: _____		Nr.: _____	Bus: _____
Postcode: _____	Woonplaats: _____		
Tel.: _____	GSM: _____		
E-mail: _____			

Gelieve een kopie van de identiteitskaart van de nieuwe verzekeringnemer bij te voegen.

Plaats: _____ Datum: [][]/[][]/[][][][]

Handtekening huidige verzekeringnemer: X

Plaats: _____ Datum: [][]/[][]/[][][][]

Handtekening nieuwe verzekeringnemer: X

Ondertekening

Plaats: _____ Datum: [][]/[][]/[][][][]

Handtekening verzekeringnemer: X