

Formulier overlijdensuitkering Pensioen

In te vullen door de begunstigde. Met dit formulier dient u een aanvraag voor een uitkering bij overlijden in.

A. Verzekerde

Achternaam _____ man vrouw
Voorna(a)m(en) (eerste voluit) _____
Geboortedatum _____ - _____ - _____ (dd-mm-jjjj)
Werkgever _____
Datum in dienst _____ - _____ - _____ (dd-mm-jjjj)
Polisnummer _____

B. Begunstigde

Achternaam _____ man vrouw
Voorna(a)m(en) (eerste voluit) _____
Geboortedatum _____ - _____ - _____ (dd-mm-jjjj)
Adres _____
Postcode _____ Woonplaats: _____
Telefoonnummer _____
E-mail _____
Voorkeur correspondentiewijze Post E-mail

C. Vragen

Datum van overlijden _____ - _____ - _____ (dd-mm-jjjj)
Plaats van overlijden _____
Was er sprake van ziekte
voorafgaand aan het overlijden? ja nee
Zo ja, vanaf welke datum? _____ - _____ - _____ (dd-mm-jjjj)
Wat was de reden van overlijden?
 Plotseling, natuurlijke oorzaak
 Ziekte
 Ongeval
 Zelfdoding
 Anders, namelijk _____

D. Benodigde documenten

Wilt u de volgende documenten bijvoegen?

Document	Bijgevoegd?	
UWV beschikking met de toekenning van de WIA uitkering voor verzekerde (<i>indien van toepassing</i>)	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
Kopie meest recente loonstrook van verzekerde	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja

E. Ruimte voor eventuele toelichting (let op: hier geen medische informatie vermelden)

F. Verklaring en ondertekening

Ondergetekende verklaart:

- de voorgaande vragen en opgaven volledig en naar waarheid te hebben beantwoord en verstrekt;
- geen bijzonderheden met betrekking tot het overlijden te hebben verzwegen;
- dit formulier aan de verzekeraar te verstrekken om te dienen tot vaststelling van het recht op uitkering.

Plaats: _____

Datum: _____ - _____ - _____ (dd-mm-jjjj)

Naam begunstigde: _____

Handtekening van de begunstigde: _____

G. Verwerking (bijzondere) persoonsgegevens

Bij de aanvraag, gedurende de looptijd en bij de wijziging van een verzekering worden (bijzondere) persoonsgegevens gevraagd. Deze (bijzondere) persoonsgegevens worden door de verzekeraar verwerkt enerzijds voor het beoordelen en accepteren van verzekeringsaanvragen, het aangaan en uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten en het beheren van de daaruit voortvloeiende relatie, het afwickelen van het betalingsverkeer, het voorkomen en bestrijden van fraude en het voldoen aan wettelijke verplichtingen en anderzijds voor algemene statistische doeleinden (volledig geanonimiseerd).

U heeft recht op inzage van uw (bijzondere) persoonsgegevens, op correctie van onjuiste gegevens, op bezwaar tegen of beperking van verdere verwerking en recht op verwijdering van uw (bijzondere) persoonsgegevens. De hierboven beschreven doeleinden en rechten worden verder uitgewerkt in de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars en onze Privacyverklaring. Deze gedragscode en Privacyverklaring zijn van toepassing op de verwerking van (bijzondere) persoonsgegevens. 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 070-3338500). U kunt de gedragscode ook downloaden via onze website www.elipslife.com. Daar vindt u ook onze Privacyverklaring.

Voor de verwerking van uw (bijzondere) persoonsgegevens hebben wij uw toestemming nodig. Wij verzoeken u om hieronder aan te geven of u wel of niet akkoord gaat met de verwerking van uw (bijzondere) persoonsgegevens. Leest u hiervoor ook de privacyverklaring door.

Ondergetekende, die de privacyverklaring van Elips Life AG heeft gelezen,

- geeft toestemming
- geeft geen toestemming

voor de verwerking van zijn/haar (bijzondere) persoonsgegevens voor de doeleinden die zijn beschreven in de privacyverklaring.

Let op: Het opvragen en verwerken van (bijzondere) persoonsgegevens door Elips Life AG is noodzakelijk om te kunnen voldoen aan de doeleinden die zijn beschreven in de privacyverklaring. Als u de gevraagde informatie niet wilt aanleveren en/of u weigert toestemming voor de verwerking ervan, dan is het voor Elips Life AG onmogelijk om de verzekeringsovereenkomst uit te voeren en/of een uitkering te doen.

Plaats: _____

Datum: _____ - _____ - _____ (dd-mm-jjjj)

Naam begunstigde: _____

Handtekening van de begunstigde: _____