

Wijzigen polis van Spaar- of Depothypotheek

1 MIJN GEGEVENS

Naam en voorletter(s) _____

Adres en huisnummer _____

Postcode en woonplaats | | | | | | | | _____

Naam en voorletter(s) partner _____

2 MIJN HYPOTHEEK

Hypotheeknummer | | | | | | | | | |

Ik heb een:

- ☐ SNS Spaarhypotheek
- ☐ SNS Spaarhypotheek PLUS
- ☐ SNS Depothypotheek

3 WIJZIGEN VERZEKERDE OF VERZEKERINGSNEMER (KRUIS ÉÉN OPTIE AAN)

- ☐ Ik wil een verzekerde toevoegen.
- ☐ Ik wil een verzekerde verwijderen.
- ☐ Ik wil een verzekeringnemer toevoegen.
- ☐ Ik wil een verzekeringnemer verwijderen.

Gegevens te wijzigen persoon

Naam en voorletter(s) _____

Adres en huisnummer _____

Postcode en woonplaats | | | | | | | | _____

Geboortedatum | | | - | | - | | | | | ☐ Man ☐ Vrouw

Burgerservicenummer | | | | | | | | | |

Als u een verzekerde toevoegt:
wat is de burgerlijke staat?

- ☐ Gehuwd
- ☐ Samenwonend
- ☐ Alleenstaand
- ☐ Anders, namelijk _____

Heeft de nieuwe verzekerde de afgelopen
twee jaar niet gerookt?

- ☐ Ja, verzekerde rookt niet (meer)
- ☐ Nee

4 WIJZIGEN BEGUNSTIGDE (KRUIS ÉÉN OPTIE AAN)

Standaard

- ☐ 1. Verzekeringnemer
- ☐ 2. Echtgeno(o)t(e) verzekeringnemer
- ☐ 3. Kinderen verzekeringnemer
- ☐ 4. Erfgenamen verzekeringnemer

Niet standaard (naam, voorletters en geboortedatum):

- ☐ 1. _____
- ☐ 2. _____
- ☐ 3. _____
- ☐ 4. _____

5 WIJZIGEN DEKKING

- ☐ Ik wil de duur van mijn verzekering inkorten tot _____
- ☐ Ik wil het verzekerde kapitaal verlagen naar € _____

Let op! Om fiscale redenen is het niet mogelijk de duur van uw verzekering te verlengen en/of het verzekerde kapitaal te verhogen.

6 GEWENSTE INGANGSDATUM

Deze wijziging(en) gaat (gaan) in per ____/____/____ (Goedkeuring van de verzekeraar is noodzakelijk.)

7 ADVIES

Heeft u een adviesgesprek gehad met een SNS Adviseur over deze wijziging? ☐ Ja (SNS Adviseur moet ook ondertekenen.) ☐ Nee

8 AANDACHTSPUNTEN

- Als uw polis is verpand, moet u zich realiseren dat de geldverstrekker/pandhouder schriftelijke toestemming moet verlenen voor de wijziging. Dit geldt met name voor aanpassingen die de overlijdensuitkeringen of het op te bouwen eindkapitaal verlagen.
- Met een gezondheidsverklaring (in te vullen door de kandidaatverzekerde) kan worden volstaan, als het overlijdensrisico (verzekerd kapitaal bij overlijden) van de elders lopende en/of aangevraagde verzekeringen samen met de thans aangevraagde verzekering lager of gelijk is aan € 250.000. In alle andere gevallen is een geneeskundig onderzoek noodzakelijk door:
 - Een huisarts bij een aanv. risico groter dan € 250.000
 - Een internist bij een aanv. risico groter dan € 500.000

De verzekeringsmaatschappij neemt het initiatief voor deze keuring en neemt tevens de kosten voor haar rekening.

De risicopremie wordt herberekend.

- De uitkering bij overlijden is vrijgesteld voor het successierecht als premiesplitsing wordt toegepast en dit volgens de premiesplitsingsresolutie ook tot het gewenste resultaat kan leiden. Dit geldt niet bij huwelijk of partnerschap in gemeenschap van goederen.

9 ONDERTEKENEN

- Ik ga ermee akkoord dat SNS Bank deze wijziging(en) doorvoert nadat deze is (zijn) goedgekeurd.
- Ik ga akkoord met de risico's en de mogelijke gevolgen van mijn aanvraag.

Let op! Sommige wijzigingen kunnen fiscale gevolgen hebben. Wij raden u aan om de (fiscale) gevolgen met uw financieel adviseur te bespreken voordat u dit formulier ondertekent. Door ondertekening van dit formulier verklaart u op de hoogte te zijn van de fiscale aspecten en gevolgen van uw voorgenomen wijziging(en).

- Ik ga akkoord met de eventuele administratiekosten van de wijziging(en). De hoogte van de kosten kunt u navragen bij uw adviseur en bij SNS Klantenservice 030 - 633 30 00.
- Indien bij premiesplitsing 'ja' is ingevuld, gaan alle premieplichtigen ingevolge van deze overeenkomst er mee akkoord dat de door hen verschuldigde premie - ook na een wijziging in de verzekering - wordt geïncasseerd bij de (eerste) verzekeringnemer. Iedere premieplichtige voor het overlijdensdeel verzoekt de verzekeraar zich voor de incasso van de verschuldigde premie te richten tot de (eerste) verzekeringnemer. De (eerste) verzekeringnemer verklaart zich akkoord met bovengenoemde wijze van incasso.

Plaats _____
Datum _ _ / _ _ / _ _ _ _ _ _

Plaats _____
Datum _ _ / _ _ / _ _ _ _ _ _

Handtekening verzekeringnemer 1

Handtekening verzekeringnemer 2

Handtekening huidige begunstigde (indien van toepassing)

Handtekening nieuwe begunstigde (indien van toepassing)

10 **VERSTUREN**

Stuur dit formulier naar

SNS Service Center Operations Hypotheken
Postbus 924
3500 AX Utrecht

BESCHERMING PERSOONSGEGEVENS

Als u klant bij ons wordt, vragen wij om uw persoonsgegevens. Deze gegevens kunnen we gebruiken voor de doelen zoals beschreven in ons privacy- en cookiereglement. Wilt u meer weten over hoe we omgaan met privacy? Kijk dan op snsbank.nl voor ons privacy- en cookiereglement. Verder houden we ons aan de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen. Deze gedragscode vindt u op nvb.nl.

Let op! Onderstaande gegevens vult de SNS Adviseur in

Wil de klant gebruik maken van premie- ☐ Ja
splitsing in verband met successierecht? ☐ Nee

Huidige fiscale situatie

- ☐ Kapitaalverzekering eigen woning box 1.
- ☐ Kapitaalverzekering box 3.
- ☐ Wijzig de kapitaalverzekering box 3 naar een kapitaalverzekering eigen woning in box 1.

GEGEVENS SNS ADVISEUR

Naam en voorletter(s) _____

Nummer SNS Adviseur

Plaats _____

Datum - -

Handtekening SNS Adviseur